

Erfahrungen mit dem schriftlichen Aufklärungsprotokoll bei lumbalen Bandscheibenoperationen

O. Hausmann, J. Rem, O. Gratzl

Neurochirurgische Universitätsklinik
Kantonsspital Basel

Zusammenfassung

Die Akzeptanz der kombiniert mündlich-schriftlichen Aufklärung, basierend auf dem gemäss den FMH-Vorschlägen strukturierten Aufklärungsprotokoll, wurde mittels einer prospektiven Untersuchung ermittelt. Der stufenweise Aufklärungsmodus wurde von 95,3% der Patienten als wünschenswert beurteilt. Trotz ausführlicher Darstellung möglicher Komplikationen und perioperativer Risiken fühlten sich nur 9,4% der Patienten verängstigt. Aus Sicht der «Aufklärenden» ergab sich durch das vom Patienten vorbereitete und durch das Protokoll strukturierte Gespräch eine fokussierte Gesprächsgrundlage. Auffallend war, dass die Patienten in der Regel klarere und spezifischere Fragen anlässlich des Aufklärungsgespräches stellten.

Einleitung

Um immer lauter vorgetragenen Forderungen nach eingehender, auch schriftlicher Aufklärung gerecht zu werden, verwendeten wir ein Aufklärungsprotokoll bei der standardisiert durchgeführten lumbalen Bandscheibenoperation. Das Aufklärungsprotokoll wurde gemäss den aktuellen FMH-Empfehlungen strukturiert. Unseres Erachtens nach soll ein umfassendes Aufklärungsgespräch primär der Verbes-

serung des Arzt-Patienten-Dialogs und erst sekundär forensischen Aspekten dienen.

Das Aufklärungsprotokoll soll ausdrücklich als Grundlage für ein präoperatives Aufklärungsgespräch dienen, dieses aber keineswegs ersetzen. Von unseren Erfahrungen als «Aufklärende» sowie von den Resultaten der Feedback-Auswertung der «Aufzuklärenden» möchten wir an dieser Stelle berichten.

Gemäss Bundesgerichtspraxis ist der Arzt verpflichtet, seine Patienten so über Art und Risiken des Eingriffes zu informieren, dass dieser seine Einwilligung in Kenntnis der Sachlage geben kann. Die Aufklärung soll jedoch, so der Leitentscheid des Bundesgerichts (BGE 117 I b 203), «keinen für die Gesundheit des Patienten schädlichen Angstzustand hervorrufen» [1]. In einem allfälligen Haftungsprozess muss der Arzt (und nicht der Patient) den Beweis antreten, dass der Patient entweder genügend informiert war oder rechtmässig aufgeklärt auf detaillierte Information verzichtet hatte oder aber eine offenere Aufklärung nicht ohne Schaden ertragen hätte [1].

BGE 117 I b kann als Aufruf an die Medizin, die Aufklärung zu optimieren, verstanden werden; dass also anhand anerkannter Standards der medizinischen Forschung zu untersuchen ist, (1) bei welchen Patienten welche Informationsbedürfnisse bestehen, (2) welche Gesprächstechniken und welche Hilfsmittel sich bewähren und (3) wie die Informationsmenge für welche Patienten optimal balanciert werden kann.

Trotz zunehmender schriftlicher und somit auch ausführlicherer Aufklärungspraxis finden sich unter dem Suchbegriff «informed consent» und «patient education» nur wenige Literaturangaben hinsichtlich Akzeptanz von Patientenseite sowie Qualitätskontrolle dieses Aufklärungsmodus auf der PubMed-Datenbank der National Library of Medicine.

Patienten und Methode

Deutschsprachigen Patienten wurde am Eintrittstag folgendes Aufklärungsprotokoll, mit der Bitte dies zu studieren und sich gegebenenfalls Fragen zu notieren, abgegeben. Die Patienten wurden darauf hingewiesen, dass das genaue Durchlesen als Vorbereitung auf das anschliessende Aufklärungsgespräch zu betrachten sei.

Aus dem ersten Abschnitt des Protokolls ergibt sich im anschliessenden zweiten Teil der eigentliche Behandlungsauftrag im Sinne der Operationseinwilligung. Der vom Patienten wie auch vom Chirurgen unterschriebene und mit der benötigten Zeitangabe versehene Behandlungsauftrag wurde anschliessend in der Krankengeschichte abgelegt.

Das Protokoll enthält keinen spezifischen Abschnitt für die Anästhesieaufklärung und -einwilligung, diese erfolgt unabhängig durch den Anästhesisten.

Die Evaluation hinsichtlich Akzeptanz und Verständlichkeit des Aufklärungsprotokolls der «Aufzuklärenden» erfolgte postoperativ mittels Fragebogen.

Korrespondenz:

Dr. O. Hausmann

Neurochirurgische Universitätsklinik

Kantonsspital Basel

Spitalstrasse 21

CH-4031 Basel

E-mail: o.hausmann@gmx.ch

Aufklärungsprotokoll «Lumbale Diskushernienoperation»

Die folgenden Ausführungen sollen Sie aufklären und nicht beunruhigen. Der geplante Eingriff wird mit Ihnen auch noch persönlich besprochen. Bitte fragen Sie deshalb nach allem, was Ihnen unklar ist oder wichtig erscheint; sagen Sie es aber auch, wenn Sie lieber nicht mehr allzuviel über den bevorstehenden Eingriff wissen möchten.

Gründe für die Operation

Durch die Operation werden die durch eine Bandscheibenvorwölbung oder durch ein abgebrochenes Bandscheibenstück eingeeengten Nervenstrukturen im Wirbelkanal befreit. Nach Erholung der befreiten Nerven kann mit einer Rückbildung der ins Bein ausstrahlenden Schmerzen, der Lähmungen und der Gefühlsstörungen gerechnet werden. Die eigentlichen Rückenschmerzen werden erfahrungsgemäss weniger gut durch die Operation beeinflusst.

Operationsmethode

Die Operation wird in Allgemeinnarkose durchgeführt. Nach dem Hautschnitt in der Mittellinie in Höhe des Bandscheibenvorfalles wird die Rückenmuskulatur zur Seite geschoben. Es folgt die Eröffnung des Wirbelkanals, wobei nur wenig Knochenmaterial von den Wirbelbögen abgetragen und das dazwischenliegende gelbe Band entfernt wird. Gelegentlich muss auch ein Wirbelbogen entfernt werden. Nach der Befreiung der Nervenwurzeln durch Entfernung des Bandscheibenvorfalles werden die losen Diskusanteile im Bandscheibenraum entfernt.

Die Operation wird meist in kniender Lagerung durchgeführt, dadurch kann es in seltenen Fällen nach der Operation zu vorübergehenden Schmerzen im Hüft-/Kniebereich oder aber des Brustkorbes kommen.

Risiken der lumbalen Bandscheibenoperation

Bei der bei Ihnen geplanten Operation ist mit einer Erfolgchance von 90% zu rechnen. Dennoch gibt es auch bei korrekter Operationstechnik leider keine Erfolgsgarantie bei diesem Eingriff. Jede Operation ist mit einer statistischen Häufigkeit bezüglich Komplikationen verbunden. Bei der bei Ihnen geplanten Operation sind, aus juristischen Gründen, folgende *seltene Risiken* speziell zu erwähnen:

- Verletzung des Duralsackes mit Liquorfistel (Nervenwasseraustritt in das Wundgebiet, was zu Kopfschmerzen führen kann). Sollte noch zusätzlich eine Infektion dazukommen, besteht die Gefahr einer Hirnhautentzündung.
- Instabilität der Wirbelsäule.
- Infektion der Bandscheibe.
- Nervenverletzung mit Lähmung, Gefühlsverminderung oder Missempfindung im Versorgungsbereich des Nervs.
- Störung der Blase, Sexualfunktion oder Enddarm innervierenden Nerven.
- Gefäss-, Darm- oder Harnleiterverletzung.

Während der Operation kann es selten zu einer starken Blutung kommen, so dass körperfremde Blutprodukte eingesetzt werden müssen. Da dies eine Ausnahme ist, empfehlen wir für diese Operation die Eigenblutspende nicht. Nach jeder Operation kann es zu Wundheilungsstörungen, Wundinfektionen, Nachblutungen oder einer Venenthrombose mit der Gefahr einer Lungenembolie trotz Einsatz von Antibiotika und blutverdünnenden Medikamenten kommen.

Als eine nicht vorhersehbare Spätfolge ist die starke Narbenbildung mit erneuter Reizung der Nervenstrukturen sowie die Möglichkeit eines erneuten Bandscheibenvorfalles zu erwähnen. Zur Behebung einer Komplikation oder bei einem ungünstigen Operationsergebnis muss gegebenenfalls eine Zweitoperation durchgeführt werden.

Andere Behandlungsmöglichkeiten

Ein stationär konservativer Therapieaufenthalt mit anfänglicher Ruhigstellung gefolgt von physikalischen Massnahmen wie Extension, Physiotherapie und Kräftigungstherapie kann eine therapeutische Alternative bieten.

Vorbestehende Lähmungen oder Gefühlsstörungen in den Beinen können bei Auslassen einer Operation fortbestehen.

Patientenmitverantwortung und Verhalten nach der Operation

Nebst dem die Operation durchführenden Chirurgen trägt der Patient sehr vieles zum Erfolg der Operation bei. Hierbei ist die postoperative Rückenschulung sowie die Motivation, sich aktiv im Rehabilitationsprogramm zu beteiligen, sehr wichtig. In der zweiten Woche nach der Operation kann eine Verlegung zur wei-

terführenden Rehabilitation erfolgen. Das Sitzen ist in den ersten 6 Wochen nach der Operation nicht erlaubt. Das Tragen von mehr als 15 kg sollten Sie aber zumindest in den ersten Monaten nach der Operation unterlassen. Gegebenenfalls müssen berufliche Veränderungen bereits jetzt in Erwägung gezogen werden.

Fragen des Patienten, Ergänzungen durch den Arzt, evtl. Operationsskizze

Behandlungsauftrag für folgenden geplanten Eingriff: _____

Frau/Herr Dr. _____ hat heute mit mir anhand des Aufklärungsprotokolls das abschliessende Aufklärungsgespräch durchgeführt. Ich wurde in mir verständlicher Sprache über die Operation, deren Risiken und die sich nach der Operation ergebenden Konsequenzen informiert, ebenso konnte ich meine mich interessierenden Fragen stellen. Ich bin mit dem geplanten Eingriff einverstanden, ebenso wie mit den Änderungen und besprochenen Erweiterungen, die sich während der Operation als erforderlich erweisen.

Datum: _____

Gesprächsdauer: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift Chirurgin/Chirurg: _____

Resultate

Die Ergebnisse der prospektiven Evaluation des Protokolls sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Ein kombiniert schriftlich-mündlicher Aufklärungsmodus wurde von 61 (95,3%) der 64 befragten Patienten befürwortet. Sechs der 64 (9,4%) Patienten fühlten sich durch die angegebenen Komplikationsmöglichkeiten verängstigt, drei von ihnen wünschten aber dennoch eine schriftliche Aufklärung. Die Einwilligung zur Operation wurde aufgrund des Aufklärungsprotokolls von keinem Patienten abgelehnt.

Die inhaltliche Verständlichkeit des Protokolls wurde evaluiert anhand der Kriterien «vollständig verständlich», «weitgehend bis auf einzelne Fachausdrücke verständlich», sowie «in weiten Zügen unverständlich». 61 Patienten (95,3%) beurteilten das Protokoll als klar, zwei Patienten (3,2%) bewerteten das Protokoll als weitgehend verständlich, nur ein Patient bekundete Mühe mit der inhaltlichen Verständlichkeit des Protokolls.

Nur sechs Patienten (9,4%) reagierten verängstigt oder abwehrend auf die formulierten Operationsrisiken, eine schriftliche Aufklärung wurde aber dennoch auch von der Hälfte dieser Gruppe gewünscht. Konträr dazu wurden von 3 Patienten (4,7%) exakte Prozentangaben möglicher Komplikationen gewünscht. Keiner der Patienten fühlte sich so sehr verängstigt, dass er die Einwilligung zur Operation verweigerte.

Der im Aufklärungsprotokoll für eine Operationsskizze vorgesehene Raum wurde in 35% der Gespräche zur Illustration der Operationstechnik in Ergänzung zu den besprochenen Röntgenbildern beansprucht. Eine fest eingefügte Operationsskizze wurde nur von zwei (3,2%) Patienten gewünscht.

Von Patientenseite wurde in Kommentaren mehrfach darauf hingewiesen, dass eine schriftliche Aufklärung keinesfalls das eigentliche Gespräch ersetzen darf. Ergänzende schriftliche Angaben wurden zum spezifischen initialen postoperativen Verhalten (wie Redondrainage, Physiotherapie, Toilettengang) sowie möglicher Einschränkungen respektive Neuorientierungen im Beruf und Freizeit von zwei (3,2%) Patienten gewünscht.

Diskussion

Aus der Sicht der «Aufklärenden» ergab sich durch das vom Patienten vorbereitete und durch das Protokoll strukturierte Gespräch eine fokussierte Gesprächsgrundlage. Auffallend war, dass die Patienten anlässlich des Aufklärungsgesprächs in der Regel klarere und spezifischere Fragen stellten. Das klare Ansprechen möglicher operativer Komplikationen ermöglichte es dem Patienten, seine Ängste bezüglich der Operation zu formulieren. Eine durch die schriftliche Aufklärung bedingte Offenheit hinsichtlich ope-

Tabelle 1

Ergebnisse der schriftlichen Patientenevaluation des Protokolls.

Erscheint Ihnen eine schriftliche Aufklärung sinnvoll?		
ja	N = 61	95,3%
nein	N = 3	4,7%
Erscheint Ihnen der Fragebogen inhaltlich klar verständlich?		
ja	N = 61	95,3%
weitgehend	N = 2	3,2%
nein	N = 1	1,6%
Was spricht gegen eine schriftliche Aufklärung? mit übermässiger Angst verbunden:		
wenn ja, wünschen Sie dennoch eine schriftliche Aufklärung?	N = 6	9,4%
es darf kein Gesprächsersatz sein	N = 3	4,7%
	N = 7	11%
Welche Zusatzinformationen wünschen Sie?		
fest eingefügte Op-Skizze	N = 2	3,2%
Detaillierte Angaben zum postoperativen Verhalten	N = 3	4,7%
Exakte Prozentangaben zu Risiken	N = 3	4,7%
Miteinbezug der Anästhesie-Aufklärung	N = 2	3,2%

rativer Risiken durch den Arzt wurde von Patientenseite positiv aufgenommen.

Ein kombiniert schriftlich-mündlicher Aufklärungsmodus wurde von 95,3% der Patienten befürwortet. Die Daten decken sich mit der Akzeptanzstudie der schriftlichen Aufklärung durch die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie, welche 1998 veröffentlicht wurde [2].

Askew und Mitarbeiter zeigten, dass schriftlich aufgeklärte Patienten sich eindeutig besser (97%), im Gegensatz zu nur mündlich aufgeklärten Kontrollgruppen (69%), erinnern [3]. Durch schriftliche Aufklärung kann nicht nur die Informationsverarbeitung, sondern auch das Informationsverständnis verbessert werden [4]. In einer 1998 veröffentlichten Studie berichtet Kriwanek et al., dass 97% der Patienten eine detaillierte Aufklärung wünschen [5]. Die präoperative emotionale Stress-Situation der Patienten verlangt eine umfassende wie aber auch rücksichtsvolle Aufklärung, welche durch einen kombiniert mündlich-schriftlichen Modus erleichtert wird [6]. Fundierte Angaben zur Operationstechnik werden von der Mehrzahl der Patienten gewünscht, wobei nur die Minderheit der Patienten in postoperativen Befragungen die präoperativ besprochenen operativen Risiken reproduzieren kann [7, 8].

Anlässlich der Aufklärungsgespräche erhielten wir den Eindruck, dass sich ein Grossteil der Patienten nur wenig mit den spezifischen funktionell-anatomischen Gesichtspunkten des Bandscheibenvorfalles befasst hatte. Der Stellenwert einer ergänzenden Operations-skizze ist aufgrund dessen zur weiterführenden Illustration der Anatomie nicht zu unterschätzen, obwohl eine fest eingefügte Operations-skizze nur von zwei Patienten in unserer Evaluation gewünscht wurde.

Schwierig bei der Erarbeitung des Protokolls war insbesondere die Formulierung des Abschnittes hinsichtlich operativer Risiken sowie der Komplikationen. Einerseits sollten die Risiken ausführlich, in der Häufigkeit gewichtet und dem Patienten verständlich formuliert werden, ohne andererseits den Patienten übermässig zu verunsichern respektive zu verängstigen. Wichtig schien uns, dennoch auf möglicherweise fatale, aber sehr selten auftretende Komplikationen hinzuweisen.

Zusammenfassend erlebten wir Chirurgen die durch das Protokoll fokussierten Gespräche als konzentrierter und somit auch als befriedigender. Der Zeitaufwand des Aufklärungsgesprächs blieb in etwa unverändert. Der Abschnitt «Patientenmitverantwortung und postoperatives Verhalten» soll den Patienten ihre, insbesondere im Anschluss an die Diskushernienoperation wichtige Mitverantwortung an ihrem postoperativen Verhalten verdeutlichen. Spekulativ bleibt, inwiefern sich durch ein fundiertes Aufklärungsgespräch ein partnerschaftliches Vertrauen hinsichtlich des weiteren peri- und auch postoperativen Verlaufes zwischen dem Operateur und Patienten aufbauen lässt.

Ergänzend kann das besprochene und unterschriebene Aufklärungsprotokoll bei allfälligen Haftpflichtfällen als Beweissicherung im Sinne eines durchgeführten umfassenden Aufklärungsgesprächs dienen. Inwieweit bei standardisierten Operationen gesamtschweizerisch ein einheitliches Aufklärungsprotokoll erarbeitet werden soll, muss in den einzelnen Fachgesellschaften diskutiert werden (wobei sicherlich Schwierigkeiten in der Formulierung allgemeingültiger postoperativer Verhaltensregeln zu erwarten sind).

Aufgrund der durchwegs positiven Erfahrungen mit dem durch das Protokoll strukturierten Aufklärungsgespräch soll nun das Aufklärungsprotokoll im Kantonsspital Basel mehrsprachig verfasst werden.

Literatur

- 1 Meuli H, Kuhn H. Aufklärungspflicht: Weder Verängstigung noch Verdrängung. Schweiz Ärztezeitung 1995;76:311.
- 2 Kessler W. Erste Ergebnisse der Akzeptanzstudie über das Aufklärungsprotokoll der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie. Union 1998;2:4.
- 3 Askew G, Pearson KW, Cryer D. Informed consent: can we educate patients? J Royal Coll Surg Edinburgh 1990; 35:308-10.
- 4 Amman J. Patienteninformation – Probleme und Lösungsansätze. Union 1998;2:1-2.
- 5 Kriwanek S, Armbruster C, Beckerhinn P, Blauensteier W, Gschwantler M. Patient's assessment and recall of surgical information after laparoscopic cholecystectomy. Dig Surg 1998;15:669-73.
- 6 Mau H. Informed consent. International Orthopaedics (SICOT) 1995;19:67-8.
- 7 Herz DA, Looman JE, Lewis SK. Informed consent: is it a myth? Neurosurgery 1992;30:453-8.
- 8 Ausman JI. Informed consent. Surg Neurol 1995;44:495-7.