

ter) erfassen. Sie sprechen daher auch eine Fülle von rechtlichen – im Detail nach wie vor nicht immer eindeutigen – Problemstellungen an. Hierzu kann im vorgegebenen Rahmen nur ein erster Überblick gegeben werden.

I. „Normalfall“

Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme – die vom Behandelnden und Patienten bereits allgemein erwogen wurde (Erläuterung und Information nach § 630c Abs. 2 S. 1 BGB) – besteht im Rahmen eines Behandlungsverhältnisses die **grundsätzliche Pflicht**, hierzu die **Einwilligung des Patienten einzuholen** (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB). 160

- Hierzu stelle man sich einen grundsätzlich geplanten, aber aufschiebbaren (sog. elektiven) Eingriff vor, zB einen orthopädischen Eingriff am Fuß, wobei der Patient im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte, also uneingeschränkt entscheidungsfähig und -willig ist.

Als weitere Voraussetzung kommt hinzu, dass der Patient sodann **wirksam** entweder eine Einwilligung erklärt oder nicht. Diese Entscheidung, also in der Sache sich über Bedeutung und Tragweite der medizinischen Maßnahme für sich selbst im Klaren zu sein und bewusst über sich selbst zu bestimmen, kann nur auf der Basis hinreichend vollständiger, unmittelbarer, rechtzeitiger und verständlicher Information erfolgen. Damit dies gewährleistet ist, muss der Behandelnde den Patienten insoweit aufklären (§ 630d Abs. 2 BGB iVm § 630e Abs. 1 und 2 BGB). 161

Nur dann kann eine Eingriffs-Einwilligung überhaupt **wirksam erklärt** werden. Unterbleibt die Aufklärung oder ist sie unvollständig, so wäre bei einer gleichwohl erteilten Einwilligung nie sicher, ob der Patient, wäre er zuvor über alle Risiken und sonstigen Begleitumstände der Behandlung im Bilde gewesen, ebenso die Einwilligung erteilt hätte. Nachdem dieser Einwand seitens des nicht (vollständig) aufgeklärten Patienten stets denkbar ist, wäre eine unter diesen Umständen zustande gekommene Einwilligungserklärung unwirksam. 162

Chronologisch findet die Pflichterfüllung (iSd §§ 630d Abs. 1, 630e Abs. 1 BGB) durch den Behandelnden also wie folgt statt: 163

1. Aufklärung des Patienten unter Bezug auf konkret anstehenden Eingriff (**Eingriffs-Aufklärung**).⁸²
Näheres hierzu unter Rn. 172.
2. Sicherstellung der **Einholung der Einwilligung beim Patienten** persönlich.

Die Einwilligung muss ausdrücklich **vom Behandelnden (!) eingeholt** werden. Dieser Behandelnde steht hierfür auch in der Beweis-

⁸² Näheres hierzu Rn. 172 ff.

pflicht, er kann die organisatorische Abwicklung jedoch delegieren. – Im Krankenhaus trifft die Pflicht zur Einholung der Einwilligung daher regelmäßig den behandelnden Arzt. Wegen der vorgelagerten Pflicht zur Eingriffs-Aufklärung, die nicht zwingend letztverantwortlich dem Behandelnden obliegt, sondern alternativ von einer hierzu iSd Gesetzes befähigten Person durchgeführt werden darf,⁸³ können anlässlich des gesamten Vorgangs Aufklärung und Einholung der Einwilligung mehrere Verpflichtete nebeneinander beteiligt sein.

Dieser **Normalfall**⁸⁴ unterstellt, dass der Patient volljährig und einwilligungsfähig und damit selbstredend persönlich „*Berechtigter*“ ist (vgl. hierzu unten § 630d Abs. 1 S. 1, Abs. 2 BGB, § 630e Abs. 1 S. 1 BGB), die Einwilligung zu erteilen (bzw. zu verweigern).

3. Kontrolle, dass die Einwilligung **nicht widerrufen** wurde (vgl. § 630d Abs. 3 BGB).

Obwohl eine Einwilligung bereits vorliegt, kann sie danach jederzeit – auch durch schlüssiges Verhalten (zB Kopfschütteln, Schreien, Verweigerung einer Mitwirkungshandlung) – widerrufen werden. Zwar besteht mangels entsprechender Anhaltspunkte **keine Nachforschungspflicht** dahingehend, ob nicht vielleicht doch ein Widerruf geäußert worden sein könnte. Gleichwohl müssen wahrnehmbare Hinweise, dass ein Widerruf vorliegen könnte, und von denen der Behandelnde über Dritte (zB Krankenschwestern) Kenntnis erlangt, erstgenommen werden, dh im Einzelfall kann hieraus die Obliegenheit für den Behandelnden resultieren, den Patienten hierzu zu befragen.

§ 630d Abs. 3 BGB enthält keine Angaben dazu, wem gegenüber der Widerruf der Einwilligung erklärt werden muss. Beachtlich ist hiernach offenbar jede Äußerung, die auf einen solchen Widerruf schließen lässt, unabhängig davon, ob hiervon ausgerechnet der Behandelnde Kenntnis erlangt. Der Zugang des Widerrufs an Hilfspersonal des Behandelnden wäre daher wohl bereits ausreichend, da hier unterstellt werden kann, dass eine Weiterreichung an den Behandelnden stattfindet. Damit dies in der Praxis funktioniert, müsste das Hilfspersonal – das hier wie ein Bote eingesetzt wird – entsprechend angewiesen⁸⁵ worden sein.

164 § 630d BGB Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. (...) Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

⁸³ Vgl. hierzu Rn. 184.

⁸⁴ Zu den Sonderfällen s. Rn. 197 ff.

⁸⁵ Zu weitreichend wäre, wenn Hilfspersonal auch Äußerungen von Dritten – wie zB eines Bettnachbarn im Krankenhaus – nachgehen müsste.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Falle des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

§ 630e BGB Aufklärungspflichten

165

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. (...)

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(...)

Abweichungen von diesem Normalfall (vgl. hierzu oben § 630d Abs. 1 S. 3 BGB, § 63e Abs. 3 BGB) können sich *in zweierlei Hinsicht* ergeben:

Einmal **situationsbezogen**, wenn die **medizinische Maßnahme unaufschiebbar** ist, also ohne sofortiges Handeln Gefahren für die Gesundheit drohen (zB das plötzliche, während eines operativen Eingriffs erforderliche Notfallmanagement einer bestimmten indizierten Medikamentengabe zur Lebensrettung): Die Pflicht zur Aufklärung entfällt dann und die tatsächlich nicht einholbare Einwilligung des Patienten ist durch die Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung zu ersetzen. Im Hinblick auf die oben angegebene Chronologie⁸⁶ ergeben sich daher folgende Besonderheiten:

Zu 1.: Das **Erfordernis der Eingriffs-Aufklärung entfällt** bei unaufschiebbarer medizinischer Maßnahme. 168

Zu 2. und 3.: Das **Erfordernis der Einholung der Einwilligung entfällt, aber erforderlich** ist die **Prüfung** des Vorliegens der **Voraussetzungen der mutmaßlichen Einwilligung** des Patienten durch den Behandelnden: Wie hätte der Patient wahrscheinlich selbst entschieden? Dabei sind, soweit dem Behandelnden erkennbar, auch die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Vorstellungen des Patienten zu berücksichtigen. Gibt es keine gegenteiligen Hinweise, ist davon auszugehen, dass der Patient das objektiv Vernünftige (regelmäßig: Lebenserhaltung) wollen würde. Unerheblich ist es, wenn sich hinterher herausstellt, dass der Patient anders entschieden hätte. 169

Weitere Abweichungen sind denkbar, wenn **die Aufklärung** des Patienten **nach dem ausdrücklichen Willen des Patienten oder aufgrund sonstiger (objektivierbarer) Umstände entbehrlich** ist.⁸⁷ In diesen Fällen entfällt das Erfordernis zur Einholung der Einwilligung nicht. 170

Hiervon abzugrenzen sind die bereits angesprochenen **Sonderfälle** (vgl. Rn. 158), in denen es erkennbar an der rechtlichen Eignung des Pa- 171

⁸⁶ S. Rn. 163.

⁸⁷ Näheres hierzu Rn. 191 ff.

tienten fehlt, eine Einwilligung wirksam abzugeben: Wenn der Patient einwilligungsunfähig⁸⁸ ist. Hierher gehören auch alle Fallkonstellationen, auch wenn der Gesetzestext sie ignoriert, in denen die rechtliche Einwilligungsfähigkeit des Patienten zweifelhaft ist.

II. Eingriffs-Aufklärung iSd § 630e BGB

- 172 Welche Art der Aufklärung in welcher inhaltlichen Intensität zu welcher Zeit, in welcher Form und wem gegenüber erfolgen muss, wenn ein medizinisches Behandlungsverhältnis begründet ist, war bisher ausschließlich von der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (und diverser Untergerichte) austariert worden. Die Aufklärungspflicht wurzelt im Selbstbestimmungsrecht des Patienten über seine Person.⁸⁹
- 173 Der Gesetzgeber des Patientenrechtegesetzes nahm dies zum Ausgangspunkt für die nun in die Norm des § 630e Abs. 1 und 2 BGB gegossene Formulierung. Ziel war dabei, auf dem insoweit erreichten Niveau den Patienten jeweils in die Lage zu versetzen, für die Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts eine ausreichende Entscheidungsgrundlage zu erhalten.
- 174 Abzugrenzen ist die spezifische Pflicht zur Aufklärung nach § 630e BGB von den sog. Basis-Informationspflichten aus § 630c BGB.⁹⁰
- 175 Grundsätzlich gilt, dass sich Art, Umfang und Intensität der Aufklärung nach den jeweiligen konkreten Behandlungsumständen richten.
- 176 Nach § 630e Abs. 1 BGB handelt es sich bei der dort normierten Aufklärungspflicht, um die sog. „eingriffsspezifische Aufklärung“. Der Patient soll vom Behandelnden über „sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände“ aufgeklärt werden. Dies nimmt in der Sache Bezug auf die – bereits aus deliktsrechtlichen Gründen – erforderliche Einwilligung des Patienten in eine medizinische Behandlung und damit verbundene Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit und Integrität.

1. Inhalt

- 177 Grundsätzlich ist nach § 630e Abs. 1 BGB über **sämtliche Umstände** aufzuklären, die für die Einwilligung, die seitens des Patienten prospektiv zu erteilen ist, **wesentlich** sind.
- 178 § 630e Abs. 1 S. 2 BGB umschreibt hierzu, nicht abschließend, aber schwerpunktmäßig, was hierzu in jedem Falle gehört: Im Hinblick auf die Diagnose bzw. Therapie ist zur Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und den Erfolgsaussichten der Maßnahme aufzuklären und natür-

⁸⁸ Näheres hierzu Rn. 195 ff.

⁸⁹ BGH VersR 1959, 153.

⁹⁰ Rn. 102 ff.

lich zur Art, zum Umfang, zur Durchführung, zu den erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme.

- Dies umfasst die „Aufklärung im Großen und Ganzen“ (va allgemeine OP-Risiken) ebenso wie insbesondere über seltene, eingriffsspezifische Risiken.

Ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen wurde in § 630e Abs. 1 S. 3 **179** BGB, dass **bei mehreren medizinisch gleichermaßen indizierten und üblichen Methoden**, die zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen, **auch auf Alternativen zu der Maßnahme hinzuweisen** ist.

Die Wahl der richtigen Behandlungsmethode ist grundsätzlich Angelegenheit des behandelnden Arztes, der insoweit auch einen Ermessensspielraum hat, was er seinem Patienten konkret empfiehlt. Wenn jedoch eine **echte** Behandlungsalternative besteht, also mit **gleichwertigen Heilungschancen** und **vergleichbarem Risikoprofil**, gebietet es die Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, ihm die Wahl zu überlassen. **180**

- In der Praxis ist es oftmals so, dass Patienten selbst bei echten Behandlungsalternativen diese Wahl nicht treffen (wollen) und die Entscheidungsverantwortung an den Arzt zurückspielen. Rein rechtlich ist dies dann nicht zu beanstanden, wenn der Patient im Wissen um die vorhandene Wahl- bzw. Entscheidungsmöglichkeit so agiert und dann hierauf bewusst verzichtet.
- Sorgfältig **und aus rein fachmedizinischer Sicht zu prüfen** ist, **ob eine echte Behandlungsalternative besteht**. Mit anderen Worten: Wenn zB ein innovatives Medikament im Vergleich zu einem in derselben Indikation zugelassenen „Blockbuster“-Arzneimittel im konkreten Einzelfall für den jeweiligen Patienten ein geringeres Nebenwirkungsprofil hat, ohne dass sonstige Einbußen der Wirksamkeit zu erwarten sind, dann ist die (scheinbare) Behandlungsalternative ohnehin nicht gegeben. Im letztgenannten Fall entfiele dann auch die Pflicht zur Aufklärung über diese dann „Pseudo-Alternativ“-Konstellation, da es fachmedizinisch gesehen nach näherer Prüfung ohnehin nur ein Mittel der Wahl gibt. – **Einzuräumen ist, dass diese Entscheidung zum Nutzen-Risiko-Profil einer Therapie oder Medikation in der Praxis nicht immer klar auf der Hand liegen wird. Im Zweifel sollte man daher vom Vorliegen einer echten Behandlungsalternative ausgehen.**
- In der Zusammenschau mit § 630a Abs. 2 BGB ergibt sich, dass – soweit sie eine Behandlungsalternative darstellen – **über Verfahren, die sich erst in der Erprobung befinden und noch nicht zum medizinischen Standard gehören**, auch wenn sie sogar Therapiealternativen sein könnten, **nicht** aufgeklärt werden muss. – **In der Praxis kann jedoch im Einzelfall sehr zweifelhaft sein, ob ein solches „innovatives“ Verfahren zwischenzeitlich nicht doch bereits zum „medizini-**

schen Standard“ gehört. Im Zweifel ist daher die Aufklärung eher extensiv vorzunehmen.

- 181 Nachdem die Umschreibung jedoch bewusst nicht abschließend gehalten ist, können im Einzelfall darüber hinausreichende weitere Umstände der Aufklärungspflicht unterliegen. Insoweit können die bisherigen Erkenntnisse des BGH herangezogen werden.⁹¹

2. Wirksamkeitsvoraussetzungen

- 182 § 630e Abs. 2 BGB regelt die Wirksamkeitsvoraussetzungen, also die Anforderungen an die hinreichende Aufklärung hinsichtlich der zur Aufklärung verpflichteten bzw. berechtigten Person (Abs. 2 S. 1 Nr. 1), ihrer Form (Abs. 2 S. 1 Nr. 1 und S. 2), ihres Zeitpunkts (Abs. 2 S. 1 Nr. 2), und ihrer Eignung (Abs. 2 S. 1 Nr. 3) für den Empfänger bzw. richtigen Adressaten solcher Erklärungen.
- 183 Grundsätzlich resultieren praktisch keine unmittelbaren Rechtsfolgen daraus, **wenn einzelnen dieser Anforderungen nicht Folge geleistet wurde**. Solange die Wirksamkeit der Eingriffs-Einwilligung nicht hinterfragt wird, kann dies alles tatsächlich dahinstehen. Eine bloße Aufklärungspflichtverletzung stellt keinen Behandlungsfehler an sich dar und bildet erst recht keine Anspruchsgrundlage im Prozess.

3. Aufklärungsbefähigung

- 184 Nach § 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB ist der jeweils Behandelnde zur Aufklärung verpflichtet oder eine andere Person, die das Gesetz zur Durchführung der Aufklärung für befähigt hält. Dies ist, so nun die Formulierung,⁹² eine Person, die „über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung“ verfügt.
- Primär ist also zur Aufklärung derjenige verpflichtet, der die Maßnahme durchführt (also bei der Operation der betreffende Chirurg). Die Aufklärung kann aber auch ein anderer Arzt durchführen, der dieselbe Qualifikation des Chirurgen (also denselben Facharztstatus) hat, obwohl er die Operation selbst nicht vornehmen wird.
 - Ob hier an den sog. **Facharztstandard**, der bei der ärztlichen Behandlung stets gewährleistet sein muss, angeknüpft wird, lässt sich nicht sicher sagen. Ob verantwortlich nur ein Facharzt derselben Fachrichtung hiermit betraut werden kann, oder ob generell hierfür jeder approbierte Arzt (zB in Weiterbildung zum einschlägigen Facharzt) in Frage kommt, wenn er im Einzelfall entsprechend „ausgebildet“ ist, dh von ei-

⁹¹ Sehr detailliert hierzu die Auflistung in *Martis/Winkhart*, Fallgruppenkommentar, Arzthaftungsrecht, 3. Auf. 2010, S. 100–102.

⁹² Erst im Gesetzgebungsverfahren so in das Gesetz gekommen: BT-Drs. 17/11710, 38 f. – Zuvor hieß es, deckungsgleich mit § 630h Abs. 4 BGB, „Befähigung“.

nem Facharzt angewiesen und überwacht und entsprechend erfahren ist, bleibt nach dem Wortlaut (was meint hier: „ausgebildet“?) nach wie vor offen.⁹³ – In der bisherigen Rechtsprechung jedenfalls wurde die Delegation der Aufklärung an einen anderen Arzt an enge Zulässigkeitsvoraussetzungen⁹⁴ geknüpft. In der Gesetzesbegründung findet sich jedenfalls kein Hinweis dazu, dass dieses Niveau abgesenkt werden wollte.

- Nachdem in der Praxis dieser Bereich (insbesondere in Krankenhäusern) organisatorischen Effektivierungsbemühungen unterliegt, steht zu erwarten, dass hier alsbald auch die zukünftige Rechtsprechung damit befasst wird, insoweit Klarstellungen nachzuholen.
- Wichtig ist, dass durch die Formulierung nicht das Erfordernis beseitigt wird, wonach medizinisch gesehen die Aufklärung nur durch den im jeweiligen Fachgebiet ausgewiesenen Facharzt vorgenommen werden darf. Es ist also nach wie vor stets erforderlich, dass sowohl der Operateur als auch der Anästhesist **jeweils für ihren Fachbereich** aufklären.
- Keinesfalls eröffnet die Vorschrift des § 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB die Möglichkeit, die Aufklärung auf „entsprechend ausgebildete“ Nicht-ärzte zu delegieren. Zwar ist dies nach dem Wortlaut ohne Weiteres offen, hier wird **jedoch der Kernbereich ärztlichen Wirkens tangiert**. Mit anderen Worten, der Gesetzgeber könnte dies zB zukünftig ändern, hat sich aber bisher nicht ausdrücklich dafür entschieden.

4. Form und Dokumentation

Zur Form der Aufklärung hält § 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB fest, dass sie **185** ohne Weiteres **mündlich** und daher **auch am Telefon**⁹⁵ erfolgen kann. Weiter heißt es, dass es dem Aufklärungsverpflichteten offen steht, anlässlich der Aufklärung ergänzend Unterlagen hinzu zu ziehen.

Der Einsatz von **Formularen** ist daher grundsätzlich erlaubt, **ohne 186 dass hierdurch** das Mündlichkeitserfordernis, also **das Erfordernis eines Aufklärungsgesprächs, entfallen** könnte bzw. **dürfte!** Mit anderen Worten: Es besteht keine Pflicht, sog. Aufklärungsbögen und/oder Formulare zu verwenden – wohl aber, mit dem Patienten zu sprechen.

⁹³ Leider ist die – gegenüber der Formulierung des Gesetzentwurfs – zwar veränderte, nun neue Fassung des Gesetzeswortlauts hier wohl nicht hinreichend präzise. Die Gesetzesbegründung (BT-Drs. 17/11710, 38 f.) meint zwar, dass nunmehr deutlich das Erfordernis einer *abgeschlossenen* fachlichen Ausbildung einschließlich der damit einhergehenden theoretischen Befähigung zur Durchführung der Maßnahme gemeint sei. Die verbindliche Auslegung durch die höchstrichterliche Rechtsprechung bleibt abzuwarten.

⁹⁴ BGH Urt. v. 7.11.2006, Az. VI ZR 206/05: Der Chefarzt, der die *Risiko*aufklärung einem nachgeordneten Arzt übertragen hat, muss darlegen, welche Maßnahmen er ergriffen hat, um eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen und zu kontrollieren.

⁹⁵ Zur telefonischen Aufklärung: BGH, Urt. v. 15.6.2010, Az. VI ZR 204/2009.

- § 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB regt insoweit also nur an, ergänzend zum Aufklärungsgespräch bestimmte vorgedruckte Unterlagen zu verwenden. Sie müssen nicht verwendet werden. Wenn jedoch solches (notwendigerweise) Standard-Informationsmaterial verwendet wird, sollte es den Aussteller, also inhaltlich Verantwortlichen, erkennen lassen: Verfasser muss nicht der Behandelnde oder der Aufklärungsbefugte, sondern kann auch erkennbar ein Dritter sein. Wird aber ein solches Druckerzeugnis verwendet, hat es der sog. Textform zu entsprechen. Was **Textform** bedeutet, regelt § 126b BGB: „Ist durch Gesetz Textform vorgeschrieben, so muss die Erklärung in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise abgegeben, die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar gemacht werden.“ In der Sache genügt also ein nicht im Original unterschriebener Vordruck (zB mit Faksimile-Unterschrift), der allgemeine Informationen enthält. **Wichtig: Bei der Aufklärung iSd § 630e BGB verwendete Formulare in Textform sind dem Patienten auszuhändigen** (§ 630e Abs. 2 Nr. 1 aE BGB).

187 Werden bei der Aufklärung also tatsächlich Formulare verwendet, gibt es verschiedene Varianten: Entweder man händigt bei der Aufklärung verwendete Unterlagen, soweit diese nicht vom Patienten unterzeichnet sind **und nicht** der Textform entsprechen (zB der Arzt zeichnet bei seinen Erläuterungen nur etwas auf einem Papier), dem Patienten überhaupt nicht aus. *Besprochene* Formulare in Textform (zB auch vorgedruckte Aufklärungsbögen, die den Aussteller/Verfasser erkennen lassen) sind dem Patienten im Anschluss auszuhändigen. Individualisiert der Aufklärungsbefugte gemeinschaftlich mit dem Patienten die verwendeten Unterlagen und Aufklärungsbögen durch zusätzliche handschriftliche Vermerke, sind diese zur Patientenakte zu nehmen. Man muss also *verwendete, dh besprochene* vorgedruckte Aufklärungsbögen, sofern sie der Textform entsprechen, dem Patienten zwingend aushändigen. – Wichtig: Eine **Pflicht zur Aushändigung** von bei der Aufklärung eingesetzten Unterlagen **in Kopie** besteht **nur, wenn** diese Aufklärungsbögen bzw. sogar Bögen/Formulare mit vorformulierten Einwilligungserklärungen in eine Operation (vgl. § 630d BGB) **vom Patienten unterzeichnet** wurden – diese ausdrücklich nun **in § 630e Abs. 2 S. 2 BGB statuierte Pflicht ist neu**. Eine Rechtspflicht, den Patienten etwas unterzeichnen zu lassen, besteht hingegen nicht.⁹⁶

- Die in der Praxis gebräuchlichen standardisierten Aufklärungsbögen, die von verschiedenen Firmen angeboten werden, sehen oftmals – aus-

⁹⁶ Aus Beweisgründen kann es eine Obliegenheit werden, belegen zu können, dass der Patient nachweislich aufgeklärt wurde (bzw. seine Einwilligung erteilt hat). Hier zu s. Rn. 263 ff. zu den hierzu geltenden Beweislast-Regeln.