

ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNGS- UND DOKUMENTATIONSPFLICHTEN

Rechtsanwalt
Max-Erik Niehoff
MBA HCM



“ *(Der körperliche Zustand eines Patienten), seine seelische Hilflosigkeit, das abhängige Verhältnis zum Arzt, die aus der Behandlung sich ergebende Haltung der Fügsamkeit und Entmündigung - alles was mit seiner Verfassung und Situation zusammenhängt, macht den Kranken zu einer weniger souveränen Person, als der Gesunde es ist. Auch der Quasiautismus der Krankheitsfixation und des Genesungsinteresses ist zu bedenken. (...) Zustimmung ist beeinträchtigt durch verminderte Freiheit.*

Hans Jonas, Philosoph



AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN



“ *Ziele und Grenzen jeder medizinischen Maßnahme werden durch die Menschenwürde, das allgemeine Persönlichkeitsrecht einschließlich des Rechts auf Selbstbestimmung sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bestimmt. Diese bilden auch die Grundlage der Auslegung aller Willensbekundungen der Patienten. Jede medizinische Maßnahme setzt in der Regel die Einwilligung des Patienten nach angemessener Aufklärung voraus.*¹

¹ Empfehlungen der Bundesärztekammer und der zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis



- Jeder ärztliche Heileingriff am Patienten stellt eine tatbestandsmäßige Körperverletzung (§ 223 StGB) sowie eine Schadenersatz und Schmerzensgeldansprüche begründende deliktische Handlung im Sinne des Zivilrechts (§ 823 BGB) dar.
- § 8 MBO-Ä
"Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen."



Risiko- (Eingriffs-)aufklärung - Grundsatz

- Der Patient soll Art und Schwere des Eingriffs und des Risikos als Entscheidungsgrundlage einschätzen und erkennen können.
 - ➡ Er ist im Großen und Ganzen aufzuklären.
- Die Angabe von Risikostatistiken wird von der Rechtsprechung nicht gefordert.
- Der Patient ist insbesondere aufzuklären über:
 - Nachhaltige Belastungen für seine künftige Lebensführung
 - Seltene Risiken, wenn sie gerade für den Eingriff spezifisch, überraschend und belastend sind
- Über Risiken des Misserfolgs ist nur dann aufzuklären, wenn die Operation zu einer Verschlechterung des präoperativen Zustandes führen kann.



Eingriffsänderungen / -erweiterungen

"In den Fällen, in denen präoperativ keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine konkrete intraoperative Operationserweiterung vorhanden sind, ist der pauschale Hinweis auf das Risiko von Operationserweiterungen bzw. Nachoperationen für eine pflichtgemäße Eingriffs- und Risikoaufklärung ausreichend.

Je nahe liegender eine bestimmte Operationserweiterung bzw. eine Nachoperation ist, desto konkreter muss der Patient auch über Art, Umfang und besondere Risiken dieser in Betracht kommenden weiteren Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt werden."



Behandlungsalternativen

- Auf mögliche Behandlungsalternativen braucht nur dann hingewiesen zu werden, wenn im konkreten Fall mehrere gleichermaßen medizinisch indizierte und übliche Behandlungsmethoden in Betracht kommen, die über einigermäßen gleiche Erfolgchancen verfügen und unterschiedliche Vorteile und Risiken aufweisen und zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen führen, so dass für den Patienten eine echte Wahlmöglichkeit besteht.
- Im Übrigen bleibt die Wahl der Behandlungsmethode Sache (und Verantwortung) des Arztes (BGH NJW 1988, 765)¹



Experimentelle Behandlungsmethoden

- Die Anwendung einer Außenseitermethode erfordert zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dessen Aufklärung über das Für und Wider dieser Methode. Einem Patienten müssen nicht nur die Risiken und die Gefahr eines Misserfolges des Eingriffs erläutert werden, sondern er ist auch darüber aufzuklären, dass der geplante Eingriff (noch) nicht medizinischer Standard ist und seine Wirksamkeit statistisch (noch) nicht abgesichert ist. Der Patient muss wissen, auf was er sich einlässt, um abwägen zu können, ob er die Risiken einer Behandlung und deren Erfolgsaussichten im Hinblick auf seine Befindlichkeit vor dem Eingriff eingehen will.
- Deshalb erfordert die verantwortungsvolle medizinische Abwägung einen besonders sorgfältigen Vergleich zwischen den zu erwartenden Vorteilen und ihren abzusehenden, zu vermutenden oder bekannten Nachteilen unter besonderer Berücksichtigung des Patientenwohls.



Zweitmeinung, § 27b Abs. 5. SGB V

- Der Arzt, der die Indikation für einen planbaren Eingriff stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer hinweisen.
- Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.
- Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Patientenakte, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen.



Therapeutische Aufklärung / Sicherungsaufklärung

- Von der Risikoaufklärung zu unterscheiden ist die sog. therapeutische Aufklärung (Sicherungsaufklärung).
- Der Patient ist über die notwendige Weiterbehandlung sowie eine erforderliche Wiedervorstellung zu unterrichten. Insbesondere dann wenn erkennbar ist, dass sich der Patient einem dringend gebotenen Eingriff nicht unterziehen will, sind eindringliche Hinweise auf dessen Notwendigkeit bzw. bestehende Gefahren veranlasst.



“ *In einfach gelagerten Fällen kann der Arzt den Patienten grundsätzlich auch in einem telefonischen Gespräch über die Risiken des bevorstehenden Eingriffs aufklären, wenn der Patient damit einverstanden ist.*

BGH, Urteil vom 15.06.2010; VI ZR 204/09



- Die Aufklärung muss »**rechtzeitig**« erfolgen, mindestens am Tag vor der Operation, je nach Schwere und Dringlichkeit des Eingriffs auch deutlich früher (OLG Karlsruhe OLGR 2003, 313; OLG München VersR 1993, 1529).
- **Der Patient soll Gelegenheit haben, sich in Ruhe und innerlich frei zu entscheiden** (BGH VersR 2003, 1441). Wird ein Operationstermin bestimmt, soll die Aufklärung bereits zu diesem Zeitpunkt erfolgen. Erfolgt sie später, etwa am Vortag der Operation, ist sie zwar nicht immer verspätet, jedoch nur wirksam, wenn der Patient sich innerlich frei entscheiden konnte.
- Eine Aufklärung am Vortag einer Operation kann deshalb noch wirksam sein; am Abend der Operation ist sie es jedoch nicht mehr, wenn der Patient erstmals und überraschend auf schwerwiegende Risiken hingewiesen wird, die seine künftige Lebensführung schwerwiegend beeinträchtigen können (BGH VersR 2007,66).



- Bei ambulanten Eingriffen sieht die Rechtsprechung eine Aufklärung am Operationstag noch als rechtzeitig an, weil der Patient nicht in den Krankenhausbetrieb eingegliedert ist und deshalb freier entscheiden kann, als der stationär behandelte Patient.
- Ihm muss aber bei der Aufklärung deutlich werden, dass er die Entscheidung noch in der Hand hat und ihm muss **ausreichend Zeit bleiben, seinen Entschluss noch einmal zu überdenken** (BGH NJW 1996, 777; OLG Koblenz MDR 2008, 507).
- Je nach Vorkenntnissen des Patienten kann bei einem ambulanten Eingriff eine Aufklärung kurze Zeit vor der Operation genügen, wenn die Aufklärung dem Patienten **hinreichend Zeit lässt, sein Selbstbestimmungsrecht zu wahren** das Für und Wider der Behandlung eigenverantwortlich zu erwägen (OLG Koblenz MDR 2008, 507).



- ist grundsätzlich der behandelnde Arzt
- Delegation auf einen anderen Arzt ist möglich, aber mit entsprechenden Überwachungs- und Kontrollpflichten:

*„(...) Der behandelnde **Arzt muss** bei Übertragung dieser Aufgabe auf einen anderen Arzt deren **ordnungsgemäße Erfüllung sicherstellen und im Arzthaftungsprozess darlegen**, was er hierfür getan hat. Dazu gehört die Angabe, ob er sich etwa in einem Gespräch mit dem Patienten über dessen ordnungsgemäße Aufklärung und/oder durch einen Blick in die Krankenakte vom Vorhandensein einer von Patient und aufklärendem Arzt unterzeichneten Einverständniserklärung vergewissert hat, dass eine für einen medizinischen Laien verständliche Aufklärung unter Hinweis auf die spezifischen Risiken des vorgesehenen Eingriffs erfolgt ist.“*

BGH, Urteil vom 7. November 2006



- Adressat ist grundsätzlich der Patient selbst.
- Voraussetzung ist jedoch dessen **Einwilligungsfähigkeit**. Liegt diese nicht vor, ist Aufklärungsadressat, wer rechtlich die Einwilligung in die Behandlung erteilen darf.
- Bei **Minderjährigen** ist die konkrete Einsichtsfähigkeit entscheidend; bei leichten und normalen therapeutischen Maßnahmen beginnend ab dem 14. Lebensjahr (immer vom Einzelfall abhängig; **Dokumentation**)
- Im Übrigen Aufklärung **aller** Personensorgeberechtigten erforderlich.



- Exkurs Einwilligung:
 - grundsätzlich Einwilligung beider Elternteile erforderlich; bei geringen und normalen therapeutischen Eingriffen darf Arzt von Ermächtigung des erschienenen Elternteils ausgehen; im Notfall mutmaßliche Einwilligung des nicht erreichbaren Elternteils
 - bei Verweigerung der Einwilligung aus weltanschaulichen oder religiösen Gründen zu medizinisch dringend indizierten Behandlungen vormundschaftsgerichtliche Klärung notwendig
 - bei Dissens zwischen einsichtsfähigem Kind und Eltern Einwilligung des Kindes maßgeblich
 - das Kind kann eine Behandlung auch verweigern, wenn der Eingriff nicht absolut indiziert ist und keine erheblichen Risiken bei Nichtvornahme des Eingriffs bestehen



Einwilligungsunfähige Erwachsene

- Im Notfall Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung; ansonsten Antrag auf Bestellung eines Betreuers, in Eilfällen Entscheidung des Vormundschaftsgerichts unmittelbar
- Ob im Einzelfall Einwilligungsfähigkeit besteht, kann fraglich sein:
 - Strafrechtlich ist tatsächliche ("natürliche") Einsichts- und Urteilsfähigkeit zuzüglich der entsprechenden Steuerungsfähigkeit dann gegeben, wenn der Einwilligende Wesen, Bedeutung und Tragweite des fraglichen Eingriffs voll zu erfassen vermag und seinen Willen danach zu bestimmen im Stande ist.
 - Zivilrechtlich wird Einwilligungsfähigkeit als Kompetenz, Nutzen und Risiken des Eingriffs zu begreifen und gegeneinander abwägen zu können, definiert.



“ *Der Betreuer ist als gesetzlicher Vertreter des Betreuten grundsätzlich befugt, in ärztliche Maßnahmen auch gegen den natürlichen Willen eines im Rechtssinne einwilligungsunfähigen Betreuten einzuwilligen.*

BGH NJW 2006, 1277



“ *Bei möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen eines Medikaments ist neben dem Hinweis in der Gebrauchsinformation des Pharmaherstellers auch eine Aufklärung durch den das Medikament verordnenden Arzt erforderlich.*

Können sich aus den Wechselwirkungen eines Medikaments mit der während der Medikamenteneinnahme fortgesetzten Nikotinzufuhr der Patientin schwere Folgen für deren Lebensführung – hier Hirninfarkt und Schlaganfall – ergeben, so ist der verordnende Arzt trotz Warnhinweises in der Packungsbeilage des Pharmaherstellers verpflichtet, über die mit der Einnahme verbundenen Nebenwirkungen und Risiken zu informieren.

BGH VI ZR 289/03



DOKUMENTATIONSPFLICHTEN



§ 630f BGB

- (1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.
- (2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.
- (3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.



- Jeder Arzt/Psychotherapeut hat die Behandlung eines Patienten umfassend zu dokumentieren. Er ist dazu sowohl zivil- als auch berufsrechtlich verpflichtet.
- Die Dokumentation dient dem Arzt/Psychotherapeuten als Gedächtnisstütze und als Nachweis seiner Tätigkeit. Dem Patienten dient sie zur Information.
- Die Patientenakte muss für beide Seiten verfügbar sein und vor dem Zugriff Dritter sicher verwahrt werden.
- Bei der elektronischen Karteiführung/Dokumentation müssen nachträgliche Veränderungen erkennbar sein.



Die Dokumentation muss alle objektiven Sachverhalte enthalten. Mindestens folgende:

- Anamnese
- Befunderhebungen/Beschreibung des Krankheitsverlaufes
- Therapien (Medikamente, physikalische Therapie u.a.m.)
- Diagnosen
- Darüber hinaus können subjektive Wertungen Bestandteil der Dokumentation sein.



- dürfen nur solche Punkte enthalten, die für die Behandlung der allermeisten Patienten von Bedeutung sind.
- Der Patient ist bei der Aushändigung eines solchen Fragebogens dahingehend aufzuklären, dass er nur die Fragen beantworten muss, die er als Information für den Arzt/Psychotherapeuten für notwendig erachtet.
- Bei Unklarheiten ist das Ausfüllen des Fragebogens gemeinsam mit dem behandelnden Arzt/Psychotherapeuten im Sprechzimmer vorzunehmen.



- Der Arzt/Psychotherapeut ist Eigentümer der Patientenunterlagen. Er hat eine Aufbewahrungspflicht.
- Die Patientenunterlagen sind „in gehörige Obhut“ zu nehmen, auch nach Aufgabe der Praxis. Sie dürfen nicht unverschlossen in Räumen gelagert werden, die für Patienten ohne Aufsicht durch das Praxispersonal zugänglich sind.
- Während der Sprechstunden sind sie auch im Sprech- und Behandlungszimmer so zu legen bzw. zu verschließen, dass andere Patienten sie nicht einsehen können.



- Die Dauer der Aufbewahrung beträgt regelmäßig 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Sie kann länger sein, wenn spezielle Rechtsvorschriften dies vorsehen.
- Auf Wunsch des Patienten muss bei Arzt-/Psychotherapeuten- oder Wohnortwechsel sichergestellt sein, dass seine Krankenakte dem weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeuten übersandt wird.



- Nach § 630g Abs. 1 BGB ist dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die **vollständige** Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.
- Die Pflicht, **unverzüglich** Einsicht zu gewähren, ist neu und sollte vom Arzt unbedingt beachtet werden. Unverzüglich bedeutet nach der gesetzlichen Definition in § 121 Absatz. 1 S. 1 BGB, dass der Arzt „ohne schuldhaftes Zögern“ Einsicht gewährt.



- Auch das Recht des Patienten auf Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte ist neu. Bisher ging die Rechtsprechung davon aus, dass der Arzt nur verpflichtet war, dem Patienten Einsicht in die rein medizinische Dokumentation zu gewähren. Er galt als berechtigt, die Einsicht in von ihm dokumentierte subjektive Eindrücke ebenso zu verweigern, wie in eine Dokumentation, gegen deren Einsicht für den Patienten erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter sprachen.
- Das hat der Gesetzgeber nun anders gesehen, der BGH hat dazu noch nicht entschieden.



- Der rigide Wortlaut des Gesetzes lässt das Führen von Parallelakten nicht mehr zu (vgl. Spickhoff, Die Arzthaftung im neuen bürgerlichen Normenumfeld – eine erste Zwischenbilanz, MedR 2015, 845 ff. (851); Rehborn, PatRG 2013, MDR 2013, 565).
- Hat der Arzt subjektive Eindrücke dokumentiert, sind sie Bestandteil der Dokumentation und sind dem Patienten zugänglich zu machen. Will der Arzt insoweit eine Einsicht des Patienten verhindern, bleibt nur die Möglichkeit, die Dokumentation subjektiver Eindrücke zu unterlassen.
- Subjektive Eindrücke können allerdings, wenn auch wohl nur selten, im Rahmen der ärztlichen Behandlung dokumentationspflichtig sein, weil sich auf diese Eindrücke die Therapie gründet. Dann muss der Arzt sie dokumentieren, um belegen zu können, dass die Behandlung aus fachlicher Sicht vertretbar war. Unterlässt er insoweit die Dokumentation, läuft er Gefahr, sich dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers auszusetzen.



- Stehen erhebliche therapeutische Gründe einem Einsichtsrecht des Patienten entgegen, so soll der Arzt ganz ausnahmsweise berechtigt sein, die Einsicht zu verweigern. Er hat die Verweigerung zu begründen und ist hierfür voll beweispflichtig.
- A. Schneider (in GesR 2014, 385 ff.) geht davon aus, dass das sog. Therapeutische Privileg des Arztes nicht gerechtfertigt ist, weil insoweit das verfassungsrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht des Patienten und sein Recht auf personale Würde entgegenstünden, die im Einsichtsrecht ihren Ausdruck fänden. Der Gesetzgeber hat diese Kollision nicht bedacht, sodass dem Patienten allenfalls bei akuter Suizidgefahr die Einsicht verweigert werden darf.
Ähnlich, aber nicht ganz so streng argumentiert auch Rehborn (a.a.O.), der ebenfalls auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschl. v. 09.01.2006, NJW 2006, 1116 = GesR 2006, 326) verweist, das einem psychiatrischen Patienten im Maßregelvollzug Einsicht in seine Patientenakte gewährt.



- Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten schließt die Befugnis ein, darüber zu entscheiden, welchen Gefahren er sich aussetzt. Er kann und darf selbst entscheiden, in welchem Maße er sich die Einsicht in die Patientenakten zumutet. Andernfalls würden die Wertungen, die die Rechte des Patienten gegenüber dem Arzt prägen, in ihr Gegenteil verkehrt werden. In allen denkbaren medizinischen Situationen ist anerkannt, dass der Patient das letzte Wort hat, ob er sich (vernünftigerweise) einer bestimmten Behandlung unterziehen will oder nicht. Wenn selbst eine objektiv und medizinisch unvernünftige Entscheidung des Patienten hinsichtlich des „Ob“ und „Wie“ der Behandlung Berücksichtigung finden muss, kann und darf nichts anderes bei dem Verlangen des Patienten nach Einsichtnahme in die vollständige Patientenakte gelten. (A. Schneider, a.a.O., S. 388).



- Die Verweigerung des Einsichtsrechts kommt auch in Betracht, wenn erhebliche schutzwürdige Rechte Dritter dem entgegenstehen.
- Das setzt voraus, dass Informationen über Dritte Eingang in die Patientenakten gefunden haben, die ihrerseits schutzwürdig sind. Hier geht es nicht um Rechte des Patienten, sondern um die Rechte anderer Personen, deren Rechte nicht ohne Weiteres der Disposition des Patienten unterliegen.
- Der Gesetzgeber hat hierbei an Informationen über die Eltern eines Minderjährigen gedacht, die in der Patientenakte erwähnt sind. Hier kann das Persönlichkeitsrecht der Eltern höher zu bewerten sein als das Einsichtsrecht des als Patient behandelten Kindes (BT-Drucksache 17/10488, 27).



Ergebnis

- Es ist zu erwarten, dass die Rechtsprechung ein umfassendes, uneingeschränktes Einsichtsrecht des Patienten in die vollständige Patientenakte bejahen wird.
- Soweit dies aus der Sicht des behandelnden Arztes vertretbar ist, sollte er unbedingt subjektive Erkenntnisse nicht in der Patientenakte dokumentieren, wenn er nicht Gefahr laufen will, dass der Patient davon Kenntnis erhält.
- Es ist nicht auszuschließen, dass die Rechtsprechung das therapeutische Privileg des Arztes demnächst nicht mehr – uneingeschränkt – anerkennen wird.
- Schutzwürdige Rechte Dritter werden das Einsichtsrecht des Patienten zwar selten, aber eher begrenzen als das therapeutische Privileg des Arztes.



- Wenn nach Ablauf der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (mindestens **10 Jahre**) die Patientendaten nicht mehr gebraucht werden, z.B. weil keine weitere Behandlung des Patienten zu erwarten ist, sind die Unterlagen ordnungsgemäß zu vernichten.
- Eine „konventionelle“ Patientenakte (Papier, Röntgenbilder usw.) muss daher entweder in einem eigenen Shredder zerkleinert (nach DIN-Norm 32 757, Sicherheitsstufe 3-4) oder einem Akten-vernichtungsunternehmen übergeben werden.



- Wenn zur Aktenvernichtung ein Unternehmen eingeschaltet wird, findet datenschutzrechtlich gesehen eine Datenverarbeitung im Auftrag statt. Hierbei sind die Anforderungen des § 11 BDSG (schriftlicher Auftrag mit Regelung, wie zu vernichten ist) zu beachten. Der Arzt/Psychotherapeut bleibt die **verantwortliche Stelle** (§ 3 Abs. 7 BDSG). Ihm obliegt es zu kontrollieren, ob der Auftrag datenschutzgerecht erledigt wurde. Um die Einhaltung der Schweigepflicht zu gewährleisten, sollten die Patientendaten in einem abgeschlossenen Behältnis, das in der Regel vom Unternehmen zur Verfügung gestellt wird, zur Vernichtung abgegeben werden.



- Eine „elektronische“ Patientenakte muss unwiederbringlich gelöscht werden, wobei darauf zu achten ist, dass diese auch aus den von den meisten Praxisverwaltungssystemen angelegten Archiven gelöscht wird.
- Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die „elektronische“ Patientenakte durch die gewählten und dokumentierten Datensicherungsstrategien auch auf den Sicherungsmedien gelöscht wird.