

Sachverhalt:

Aufklärungserfordernis zur Schnittführung und Schnittlänge bei elektiven und notfallmäßigen Operationen

Bei einer laparoskopischen Fundoplicatio-Hiatushernie, schwerer Refluxösophagitis Grad IV und Ösophagusstenose, präoperativ bougiert, Dysphagie, massivem Untergewicht infolge der schweren Refluxkrankheit – rissen bei transmuraler Entzündung der Speiseröhre intraoperativ die Fixierungsnähte am mobilisierten distalen Ösophagus aus und konnten laparoskopisch nicht ausreichend sicher platziert und dosiert angezogen und verknüpft werden. Die Patientin war über einen möglichen Umstieg auf eine offene Operation aufgeklärt und einverstanden. Die Korrektur erfolgte über einen doppelseitigen Rippenbogenrandschnitt, da dieser nach Ansicht des Operateurs im Notfall und bei Inspektion der Bauchdecken von innen den besten Zugangsweg und die größte Sicherheit bot, die Operation zu vervollständigen. Dazu war die erneute Platzierung der Nähte und ein gefühlvolles und dosiertes manuelles Knüpfen ohne weitere Einrisse erforderlich. Gleichzeitig mussten die ausgerissenen Nahtstellen im Ösophagus durch die Vollwandmanschette gedeckt werden.

Nach Öffnung des Oberbauches und Darstellung des distalen Ösophagus zeigte sich zusätzlich eine nicht stillbare Blutung aus dem oberen Milzpol. Hier war ein intralialer Abszess nachweisbar, der die Unstillbarkeit der Blutung im Nachhinein erklärte. Um in dieser Notfallsituation die Milz zu entfernen, wurde der Schnitt erheblich erweitert. Insgesamt hat die Operation hinsichtlich Nahrungsaufnahme, Gewichtszunahme, Epithelveränderung im distalen Ösophagus, Refluxösophagitis sowie Stenoseausheilung einschließlich der subjektiven Symptome bei der Patientin zu einem sehr guten funktionellen Ergebnis geführt. Das Gewichtsdefizit wurde völlig aufgeholt, die subjektiven Symptome von Seiten der Speiseröhre und des Magens sind vollständig behoben, wie auch von der Patientin bestätigt wurde. Sie klagte nur gegen die aus ihrer Sicht kosmetisch unbefriedigende Schnittfüh-

rung und über die Schnittlänge von 34 cm. Nach Ansicht eines sie beratenden Arztes, der gegen das laparoskopische Operieren emotional voreingenommen war, hätte die gleiche Notfallbeherrschung auch durch einen erweiterungsfähigen Mittelschnitt erreicht werden können. Die Klage richtet sich gegen die Schnittführung (quer) und die Schnittlänge (34 cm). Aufgeklärt worden ist die Patientin über einen möglichen Umstieg (laparoskopisch in offen), nicht jedoch über die Schnittführung und Schnittlänge.

Juristischer Kommentar:

Zum Aufklärungsbedarf bei der Schnittführung:

1. in einer Notfallsituation
2. bei elektiven Operationen
3. bei kosmetischen Operationen

1. Aufklärung in Notfallsituation:

Hier hat da OLG Stuttgart schon im Jahr 1987 entschieden, dass der vom Arzt zu fordernde Sorgfaltsmaßstab auch im Rahmen eines Notfall- oder Bereitschaftsdienstes grundsätzlich nicht gemildert werde (vgl. OLG Stuttgart, v. 27.8.1980, Az. 14 U 19/87 sowie v. 21.1.1993, in VersR 94, 315). Dies gilt selbstverständlich auf für die an eine ordnungsgemäße Aufklärung zu stellenden Anforderungen. So hat das OLG Karlsruhe ausgeführt, dass die Tatsache als solche, dass die Operation zur Rettung des Lebens des Patienten notwendig und ein weiterer Aufschub nicht zu vertreten war, dies den bzw. die behandelnden Ärzte nicht von der Verpflichtung frei stelle, die Einwilligung des Patienten in den beabsichtigten Eingriff einzuholen und den Patienten über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken aufzuklären. Dies insbesondere dann, wenn das Risiko einer schweren Schädigung als ein gleichermaßen typisches, sich nicht selten verwirklichendes und – im Falle seiner Verwirklichung – die spätere Lebensführung des Patienten entscheidend beeinträchtigen könne. Die Verpflichtung zur Aufklärung in Notfällen entfalle auch nicht schon allein deshalb, wenn der Patient bei seiner Einlieferung persönlich nicht ansprechbar sei. (vgl. OLG Karlsruhe v. 14.12.1994, Az. 7 U 147/92 in AHRS II, 4100/13).

Nach insoweit herrschender Meinung in der Literatur darf ein nicht ansprechbarer Notfallpatient mit absoluter Operationsindikation, dessen nahe Angehörige nicht erreichbar sind, auch ohne Erforschung seines mutmaßlichen Willens dann operiert werden, wenn die operierenden Ärzte unter den gegebenen Umständen annehmen durften, dass ein verständiger Patient in gleicher Lage bei entsprechender Aufklärung in den Eingriff eingewilligt hätte (vgl. Geiß, Arzthaftpflichtrecht, 2. Aufl., 221 m. w. Nachweisen).

2. Aufklärung im Normalfall:

Den vorliegenden Fall hat das OLG Bamberg kürzlich entschieden und ausgeführt, dass die Wahl der Behandlungsmethode grundsätzlich Sache des Arztes sei (unter Hinweis auf BGH NJW 1982, 2121 und NJW 1988, 1515). Auch wenn es mehrere, gleichen Erfolg versprechende und übliche Behandlungsmethoden gebe, ist der aufklärende Arzt nur dann verpflichtet alternative Behandlungsmöglichkeiten darzustellen, wenn diese unterschiedliche Risiken für den Patienten beinhalten, denn dem Patienten müsse dann die Entscheidung überlassen werden, auf welches Risiko er sich einlassen wolle. (OLG Bamberg v. 11.11.2002, Az. 4 U 99/02). Diese Grundsätze gelten auch für die zu wählende Schnittführung, wobei die Festlegung der Schnittführung im vorliegenden Fall erst intraoperativ habe erfolgen können. Allein die Tatsache, dass eine Art der Schnittführung in der medizinische Praxis häufiger angewandt werde, verpflichte den Arzt nicht die von ihm gewählte (seltener) Schnittführung im Rahmen des Aufklärungsgespräches zu erwähnen. Dies setze allerdings voraus, dass es sich bei den zur Wahl stehenden Schnittführungen um gleichwertige, anerkannte und gebräuchliche Methoden handle (vgl. OLG Bamberg a. a. O.).

3. Aufklärung bei kosmetischen Operationen:

Hier wäre nach der oben erwähnten Entscheidung des OLG Bamberg hinsichtlich der Schnittführung eine differenziertere Aufklärung dann zu fordern, wenn die eine Art der Schnittführung zu einer grö-

ßeren kosmetischen Beeinträchtigung als die andere führe. Dies hätte, bezogen auf den vorliegenden Fall (ohne Berücksichtigung der Notfallsymptomatik), eine differenzierte Aufklärung hinsichtlich der kosmetischen Auswirkungen der unterschiedlichen Schnittmethoden erfordert, da der durchgeführte doppelseitige Rippenbogenrandschnitt sicherlich ein deutlich ungünstigeres kosmetisches Ergebnis brachte als der alternative Längsschnitt.

Nach Ansicht des OLG Oldenburg ist bei nicht vital indizierten Operationen auf dem Gebiet der plastischen Chirurgie eine

besonders eingehende Risikoaufklärung erforderlich (OLG Oldenburg v. 11.11.1997, Az. 5 U 47/97 in AHRS II 4370/114). Bei rein kosmetischen Eingriffen ist der Patient, abgesehen über die Risiken des Eingriffs, auch darüber aufzuklären, dass sich ein ästhetisch befriedigendes, den Vorstellungen des Patienten entsprechendes Operationsergebnis nicht in jedem Fall sicher erreichen lasse (OLG Düsseldorf v. 10.1.1994, Az. 8 U 48/92 in AHRS II 4370/102). So seien außerdem an die Risikoaufklärung strengste Anforderungen zu stellen und neben der Möglichkeit eines Misserfolges auch darauf hinzuweisen,

dass gegebenenfalls auch weitere Eingriffe erforderlich werden können (OLG Düsseldorf v. 10.11.1994, Az. 8 U 70/93 in AHRS II 4370/104).

Korrespondenzadressen:
Prof. Dr. med. A. Thiede
Chirurg. Klinik und Poliklinik
Jul.-Maximilians-Universität
Josef-Schneider-Str. 2
97080 Würzburg

Dr. jur. H. J. Zimmermann
Sanderglacisstr. 9a
97072 Würzburg