

Indikation zur Operation

Herausgegeben von
G. Heberer und L. Schweiberer

Mit Beiträgen von zahlreichen Wissenschaftlern

437 Abbildungen in 633 Einzeldarstellungen
und 252 Tabellen

Zweite, neu bearbeitete und erweiterte Auflage

Springer-Verlag
Berlin Heidelberg New York 1981

Inhaltsverzeichnis

A. Ärztlich-rechtliche Fragen zur Operationsindikation

1. Über die ärztliche Verantwortung (<i>W. Wachsmuth</i>)	3
2. Aufklärungspflicht aus juristischer Sicht (<i>P. Bockelmann</i>)	10
3. Aufklärung und Operationseinwilligung aus chirurgischer Sicht (<i>G. Carstensen</i>)	13
4. Das therapeutische Privileg des Arztes: Nichtaufklärung zugunsten des Patienten (<i>E. Deutsch</i>)	17
5. Die ärztliche Haftpflicht (<i>E. Deutsch</i>)	23
6. Vertragspartner: Arzt-Patient. Der Behandlungsfehler in der Chirurgie (<i>W. Spann u. W. Eisenmenger</i>)	27
7. Aufgaben und Probleme des chirurgischen Sachverständigen im Arzthaftungsprozeß (<i>H. L. Schreiber</i>)	31
8. Schweigepflicht und operativer Eingriff (<i>H. J. Wagner</i>)	37
9. Rechtliche Fragen zur Organtransplantation, einschließlich Organexplantation und verwei- gerter Bluttransfusion (<i>E. Liebhardt</i>)	41
10. Neulandoperationen. Fachliche Differenzie- rungen und ärztlich-rechtliche Grundlagen (<i>Th. O. Lindenschmidt</i>)	45

B. Allgemeiner Teil

1. Die Gelegenheitswunde, einschließlich Teta- nusprophylaxe (<i>A. Kotter</i>)	53
2. Chirurgische Infektionen (<i>E. Kern u. H. Schott</i>)	56
3. Lebensrettende Sofortmaßnahmen beim akuten chirurgischen Notfall (<i>L. Zwank u. K. Hutschenreuter</i>)	60
4. Schock, Blutersatz, medikamentöse Notfall- therapie (<i>K. Meßmer u. L. Sunder-Plassmann</i>)	71
5. Prophylaxe und Therapie respiratorischer Komplikationen (<i>K. Peter u. A. Beyer</i>)	76
6. Argumente zur künstlichen Ernährung chirur- gischer Patienten (<i>W. Oettinger u. V. Zumtobel</i>)	81

7. Organisatorische Aspekte der Intensivmedizin für chirurgische Patienten (<i>G. Wolff</i>)	87
8. Grenzen der Intensivmedizin (<i>G. Inthorn, V. Zumtobel u. E. Held</i>)	93
9. Bluttransfusion, Indikation und Zwischenfälle (<i>K. Th. Schrickler</i>)	95
10. Thrombose und Embolie (<i>L. Koslowski u. H. Rahmer</i>)	101
11. Blutungsübel als Indikationen und Kontraindikationen chirurgischer Eingrif- fe (<i>R. Gross, E. Lechler u. H. D. Kaulen</i>)	106
12. Risikofaktoren und präoperative Maßnahmen aus internistischer Sicht (<i>E. Held</i>)	113
13. Kriterien der Operabilität (<i>E. H. Farthmann u. B. Koch</i>)	121
14. Indikation zu Simultaneingriffen im Rahmen der Abdominalchirurgie (<i>J. R. Siewert u. H.-J. Castrup</i>)	125
15. Tumorbiopsie (<i>P. Hermanek u. E. Mühe</i>)	131
16. Radikale oder palliative Eingriffe? (<i>H. W. Schreiber u. R. Winkler</i>)	137
17. Interdisziplinäre Tumorbehandlung Chirurgie – Radiotherapie – Chemotherapie (<i>W. Wilmanns, G. Feifel u. H. von Lieven</i>)	143

C. Spezieller Teil

I. Neurochirurgie

1. Offene und geschlossene Schädelhirnverlet- zungen (<i>F. Marguth u. W. Lanksch</i>)	159
2. Indikation zur intrakraniellen Druckmessung beim Schädelhirntrauma (<i>W. Gobiet</i>)	163
3. Operationsindikation intrakranieller und intra- spinaler raumfordernder Prozesse (<i>H.-D. Herrmann</i>)	166
4. Hypophysentumoren (<i>H. Palleske u. D. Neuenfeldt</i>)	175
5. Wurzelkompressionssyndrome (<i>H.-D. Herrmann</i>)	178
6. Periphere Nerven (Verletzungen, Verdrängun- gen, Geschwülste) (<i>H. Millesi</i>)	184

II. Chirurgie der Kiefer, der Mundhöhle und des Gesichtes

1. Verletzungen (*V. Freitag*) 196
2. Mißbildungen und Kieferanomalien
(*G. Pfeifer*) 202
3. Entzündungen, Zysten, Tumoren einschließlich Speicheldrüsen
(*H. H. Naumann u. E. Kastenbauer*) 212

III. Thoraxchirurgie

1. Thoraxverletzungen
(*F. W. Schildberg u. J. Witte*) 221
2. Deformitäten der Brustwand
(*H. Willital u. K. Schwemmler*) 227
3. Primäre und sekundäre Brustwandtumoren
(*F. J. Stücker u. O. Ribbat*) 232
4. Benigne und maligne Brustdrüsenenerkrankungen
(*A. Schaudig u. B. Günther*) 235
5. Idiopathischer Spontanpneumothorax
(*D. Dragojević u. H. G. Borst*) 240
6. Pleuraerguß, Pleuratumoren und -metastasen, Chylothorax
(*A. Valesky u. L. Sunder-Plassmann*) 242
7. Spezifische und unspezifische Entzündungen und Eiterungen der Lunge und der Pleurahöhle
(*H. Bethge*) 245
8. Bronchiektasen, Sequestration, Zysten und arteriovenöse Aneurysmen der Lunge
(*H. J. Viereck*) 248
9. Hämoptyse, Hämoptoe
(*A. Valesky u. W. J. Stelter*) 254
10. Benigne und semimaligne Tumoren des Bronchialsystems
(*A. Schaudig*) 256
11. Bronchialkarzinom (*H. Dittrich u. F. Klinke*) 260
12. Lungenmetastasen
(*B. Husemann u. E. Mühe*) 269
13. Mediastinaltumoren
(*F. J. Stücker u. G. Wintzer*) 272
14. Mediastinitis (*A. Valesky*) 275
15. Probethorakotomie und diagnostische Thorakotomie (*I. Volkmer u. K. Stapenhorst*) 276

IV. Kardiovaskuläre Chirurgie**a) Herz**

1. Notoperationen in der Herzchirurgie
(*J. von der Emde*) 278
2. Angeborene Fehler des Herzens und der herz-nahen Gefäße (*W. Klinner*) 283
3. Eingriffe bei erworbenen Mitralklappenfehlern
(*H. G. Borst u. H. Dalichau*) 288

4. Aortenklappen- und Trikuspidalvitien, multivalvuläre Herzfehler
(*P. Schmidt-Habelmann u. F. Sebening*) 292
5. Koronarinsuffizienz (*H. Dittrich*) 298
6. Herzwandaneurysmen
(*G. Schramm u. J. Chr. Reidemeister*) 305
7. Schrittmacherimplantation
(*H. Meisner u. A. Schaudig*) 309
8. Akute und chronische Perikardkrankungen
(*K. Stapenhorst*) 315

b) Gefäße

1. Gefäßverletzungen und arterio-venöse Fisteln
(*W. J. Stelter u. H. Kortmann*) 317
2. Akute arterielle Verschlüsse
(*H. Denecke u. M. Zimmermann*) 323
3. Zerebrovaskuläre Insuffizienz
(*H. J. Eisenhardt, R. Giessler u. S. Horsch*) 327
4. Die chronischen arteriellen Verschußleiden der unteren Körperhälfte
(*H. M. Becker u. S. von Liebe*) 333
5. Extraanatomische Umleitungsverfahren in der rekonstruktiven Gefäßchirurgie
(*A. Zehle, H. J. Eisenhardt u. H. Imig*) 339
6. Akute und chronische Mesenterialarterieninsuffizienz
(*F. W. Eigler u. G. Dostal*) 347
7. Hochdruck durch Nierenarterienstenose und atypische Coarctatio aortae
(*F. W. Eigler u. H. Denecke*) 351
8. Indikationen zur Katheterbehandlung (PTA) bei chronischer arterieller Verschußkrankheit
(*K. Mathias*) 354
9. Thorakale Aortenaneurysmen
(*F. W. Schildberg u. W. J. Stelter*) 359
10. Intraabdominelle Aneurysmen
(*D. Sachweh u. W. J. Stelter*) 364
11. Aneurysmen der peripheren Arterien
(*D. Sachweh u. W. Stock*) 369
12. Angeborene arteriovenöse Gefäßmißbildungen und Gefäßtumoren
(*L. Sunder-Plassmann*) 372
13. Primäre Varizen, postthrombotisches Syndrom, rekonstruktive Eingriffe an Venen
(*R. May*) 374
14. Akute und chronische Venenverschlüsse
(*G. Baumann*) 385
15. Indikationen zur operativen Therapie bei Lungenembolie
(*A. Senn u. H. Gänger*) 389

V. Zwerchfell, Ösophagus, Kardialia

1. Verletzungen des Zwerchfells (*K. Saur*) 394
2. Hernien und Tumoren des Zwerchfells im Erwachsenenalter
(*J. Witte*) 398

3. Ösophaguserkrankungen (Verletzungen, Divertikel, Achalasie, Verätzungen, Fremdkörper) (F. P. Gall) 402

4. Refluxkrankheit der Speiseröhre (J. R. Siewert) 414

5. Benigne und maligne Tumoren der Speiseröhre (H. Pichlmaier u. J. Müller) 420

6. Mißbildungen der Speiseröhre (H. Willital) 424

VI. Bauchchirurgie

a) Allgemein

1. Abdominalverletzungen (P. Klaue u. E. Kern) 429

2. Akutes Abdomen, Peritonitis und Peritoneallavage (G. Feifel u. K.-H. Duswald) 436

3. Indikation zur Operation beim akuten Abdomen in der Gravidität (H. G. Beger) 442

4. Das akute Abdomen im Kindesalter (H. Hartl) 447

5. Portale Hypertension (H. Hamelmann u. J. Nitschke) 452

6. Chirurgische Indikationen bei hämatologischen Krankheitsbildern (R. Bedacht u. D. Huhn) 456

7. Retroperitoneale Erkrankungen (Fibrosen, Zysten, Tumoren) (P. Hermanek u. R. Bötticher) 462

8. Leisten-, Schenkel- und Nabelhernien. Rektusdiastase, Narbenhernien und seltene Bauchwandhernien (Spiegel-Hernie) (A. Rosenthal u. K. Berkmen) 465

9. Innere Hernien (D. Schlosser) 470

10. Extreme Adipositas (B. Husemann) 473

b) Magen-Darm

1. Massive obere und untere gastrointestinale Blutungen (R. Berchtold u. P. Aeberhard) 478

2. Endoskopische Lasertherapie und Operationsindikation bei akuten gastrointestinalen Blutungen (P. Kiefhaber u. G. Feifel) 481

3. Blutungen aus akuten gastroduodenalen Schleimhautläsionen unter Streß und Arzneimittel einfluß (G. Feifel u. R. Teichmann) 488

4. Magen- und Duodenalperforation (W. Seidel u. K. Reichel) 492

5. Chronisches Magengeschwür (E. H. Farthmann u. B. Koch) 494

6. Das chronische Duodenalulkus (V. Zumtobel u. S. Wagner) 499

7. Magenkarzinom (K. Schwemmler u. J. Dobroschke) 503

8. Frühkomplikationen nach Vagotomie und Magenresektionsverfahren (Th. Rüedi u. S. Martinoli) 509

9. Spätkomplikation nach Vagotomie und Resektionsverfahren (H. D. Becker) 513

10. Divertikel des oberen Gastrointestinaltraktes (A. Larena-Avellaneda u. W. Stock) 520

11. Gutartige Tumoren des Magens und Dünn-darmes (U. Matzander) 524

12. Karzinoidtumoren des Gastrointestinaltraktes (P. Hermanek u. R. Decker) 528

13. Ileus (H. Bünte) 533

14. Appendizitis (R. Pichlmayr u. A. J. Coburg) 539

15. Morbus Crohn des Gastrointestinaltraktes (Ch. Herfarth u. K. Ewe) 546

16. Colitis ulcerosa (F. Deucher u. F. Nöthiger) 554

17. Kolondivertikulitis (M. Reifferscheid, H. Peters u. T. Raguse) 559

18. Maligne Tumoren des Kolons und Rektums (R. Pichlmayr, A. J. Coburg u. H. G. Laprell) 564

19. Polypen des Kolons und Rektums (B. Wiebecke u. V. Zumtobel) 573

20. Hämorrhoiden, Anal- und Rektumprolaps (K. Arnold) 578

21. Analfissur, anorektale Abszesse und anorektale Fisteln (F. Stelzner) 581

22. Spezielle Operationsindikation des Gastrointestinaltraktes von Säuglingen und Kindern (J. Engert) 586

23. Kongenitale Zwerchfellhernien und Zwerchfelldefekte (J. Engert) 597

24. Mißbildungen des Analkanals (H. Willital) 601

c) Galle-Leber-Pankreas

1. Abszesse, Echinokokkose und Tumoren der Leber (R. Berchtold) 612

2. Cholezystitis und Cholelithiasis (F. L. Rueff u. S. von Bary) 616

3. Reinterventionen an den Gallenwegen (H.-J. Peiper u. V. Zühlke) 620

4. Hämobilie (F. W. Schildberg) 628

5. Akute Pankreatitis (F. W. Schildberg u. B. Günther) 632

6. Chronische Pankreatitis (W. Grill) 634

7. Das Karzinom von Gallenblase, Gallenwegen und Pankreas (H. Brünner u. H. D. Schmidt) 639

VII. Endokrine Chirurgie

1. Gutartige Erkrankungen der Schilddrüse (C. R. Pickardt u. F. Spelsberg) 645

2. Der endokrine Notfall als chirurgische Indikation (R. Landgraf u. F. Spelsberg) 651

3. Struma maligna (<i>Th. Junginger u. H. Pichlmaier</i>)	656
4. Indikation zur Operation beim Hyperparathyreoidismus (<i>F. Spelsberg u. B. Günther</i>)	660
5. Endokrine Pankreastumoren (<i>H. D. Becker u. H.-J. Peiper</i>)	664
6. Erkrankungen der Nebenniere (<i>F. W. Eigler u. H. Denecke</i>)	669

VIII. Organtransplantation

1. Organtransplantation (Niere, Leber, Pankreas, Dünndarm, Herz, Lungen) (<i>F. Largiadèr u. W. Land</i>)	672
--	-----

IX. Urogenitalchirurgie

1. Unfallverletzungen der Nieren und ableitenden Harnwege (<i>R. Engelking</i>)	678
2. Operative Indikationen bei angeborenen Fehlbildungen der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane, überwiegend im Kindesalter (<i>A. Sigel u. K. M. Schrott</i>)	683
3. Steinerkrankungen des Urogenitaltraktes (<i>K. F. Albrecht</i>)	695
4. Die Operationsindikationen bei Nieren-, Harnleiter-, Blasen- und Harnröhrentumoren (<i>E. Schmiedt</i>)	700
5. Die Prostataadenome, -karzinome und -sarkome (<i>B. Kopper u. M. Ziegler</i>)	708
6. Die Operationsindikationen bei Hoden- und Penistumoren (<i>G. Stähler</i>)	713
7. Operationen am Skrotum (<i>F. Eisenberger</i>)	718
8. Notfallsituationen: Harnsperrre, Paraphimose und Priapismus (<i>P. Carl</i>)	723
9. Sterilisation und Refertilisierung (<i>A. Hofstetter</i>)	726
10. Indikationen zu operativen Eingriffen bei neurogenen Blasenentleerungsstörungen (<i>H. Madersbacher</i>)	728

X. Chirurgie des Bewegungsapparates

a) Frakturen und Luxationen der Wirbelsäule und des Beckens	
1. Frakturen und Luxationen der Wirbelsäule ohne neurologische Symptomatik (<i>J. Böhler</i>)	735
2. Indikationen zur operativen Frühbehandlung bei traumatischer Querschnittlähmung (<i>F. Magerl</i>)	740
3. Indikatorische Probleme bei der Osteosynthese der Azetabulumfrakturen (<i>K. H. Jungbluth u. H. Schöttle</i>)	745

b) Frakturen und Luxationen der oberen Extremität

1. Schulterregion und Oberarm (<i>H.-L. Lindenmaier u. E. H. Kuner</i>)	750
2. Ellenbogengelenk und Unterarm (<i>H. Seiler u. F. W. Altherr</i>)	755
3. Handwurzel, Mittelhand und Finger (<i>A. Pannike</i>)	763

c) Frakturen und Luxationen der unteren Extremität

1. Proximales Femurende und Femurschaft (<i>F. Klapp</i>)	772
2. Frakturen im Bereich des Kniegelenkes (<i>A. Rüter u. C. Burri</i>)	778
3. Frakturen des Unterschenkelschaftes und des distalen Tibiaendes (ohne Malleolarfrakturen) (<i>K.-P. Schmit-Neuerburg u. H. Wissing</i>)	786
4. Frakturen und Luxationen des oberen Sprunggelenkes (<i>H. Seiler</i>)	795
5. Frakturen und Luxationen des Fußes, einschließlich Talus und Calcaneus (<i>E. Brug</i>)	805
6. Akute Kniebinnenverletzungen (<i>P. Hertel</i>)	808
7. Chronische Knieinstabilität (<i>H. Zenker u. W. Keyl</i>)	816
8. Diagnostische und therapeutische Arthroskopie (<i>P. Hertel</i>)	821

d) Besondere Indikationen

1. Polytrauma (<i>L. Zwank u. L. Schweiberer</i>)	828
2. Frakturen mit Weichteilschaden (<i>G. Muhr</i>)	834
3. Posttraumatische und hämatogene Knocheninfektion (<i>G. Lob</i>)	845
4. Frakturen im Wachstumsalter (<i>P. Hertel</i>)	850
5. Frakturen im Greisenalter (<i>P. Krueger u. F. Zieglgänsberger</i>)	858
6. Verzögerte Bruchheilung und Pseudarthrosen (<i>J. Rehn, I. Scheuer u. S. Decker</i>)	864
7. Knochentransplantation (<i>F. Eitel</i>)	872
8. Umstellungsosteotomien (<i>H. Schmelzeisen u. S. Weller</i>)	879
9. Arthrorese (<i>A. N. Witt u. M. H. Hackenbroch jr.</i>)	889
10. Alloarthroplastik der Hüfte (<i>H. Beck</i>)	896
11. Alloarthroplastik des Kniegelenkes (<i>M. Jäger u. J. Wirth</i>)	901
12. Alloarthroplastik der oberen Extremität (<i>A. Schreiber u. M. Dixel</i>)	904

e) Verletzungen und Erkrankungen der Weichteile

(Rotatorenmanschette, Bizepssehne, Achillessehne, Quadrizepssehne, Sehnenleitgewebe, Insertionstendopathie) (<i>M. Jäger u. J. Wirth</i>)	909
--	-----

f) Erkrankungen der Gelenke
 (H. Mittelmeier u. J. Harms) 914

g) Knochengeschwülste
 1. Benigne und semimaligne Knochentumoren
 (W. Reichmann u. G. Bueß) 920
 2. Maligne Knochengeschwülste und Metastasen
 (H.-D. Strube, B. Ludwig, C.-H. Schweikert u.
 L. Diethelm) 927

XI. Handchirurgie
 1. Offene Handverletzungen (J. Geldmacher) . . 946
 2. Versorgung von Beuge- und Strecksehnen-
 verletzungen der Hand (P. Reill) 949
 3. Wiederherstellende Eingriffe im Bereich der
 Hand (P. Brüser u. W. Schink) 955
 4. Finger- und Handinfektionen (Panaritium)
 (R. Bedacht u. K. Gehrke) 961
 5. Degenerative und entzündliche Erkrankungen
 der Hand- und Fingergelenke (K. Tillmann) . 965
 6. Die Dupuytren'sche Kontraktur
 (K. Wilhelm u. G. Hauer) 972

7. Angeborene Fehlbildungen und Tumoren der
 Hand (K. Wilhelm u. G. Hauer) 975

**XII. Chirurgie der Haut, Plastische Chirurgie,
 Replantation**

1. Benigne und maligne Weichteiltumoren
 (R. Bötticher u. P. Hermanek) 988
 2. Maligne Melanome (A. Encke u. W. Tilgen) . 997
 3. Indikation zur Operation bei Verbrennungen
 und Verbrühungen
 (L. Koslowski u. R. Hettich) 1003
 4. Gestielte und freie Übertragung von Hautlap-
 pen und komplexen Gewebsanteilen
 (D. Buck-Gramcko u. R. Neumann) 1009
 5. Indikation zur Replantation
 (L. Zwank u. E. Biemer) 1015
 6. Mammoplastik (H. Bohmert u. W. Haas) . . . 1028
 7. Chronisches Lymphödem der Extremitäten
 (W. Haas u. H. Bohmert) 1034
 8. Dekubital-Ulkus
 (G. M. Lösch u. M. Schrader) 1037

Sachverzeichnis 1045

6. Vertragspartner: Arzt-Patient

Der Behandlungsfehler in der Chirurgie

W. SPANN u. W. EISENMENGER

Arzt-Patienten-Vertrag

Jede ärztliche Behandlung führt zu Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten. Diese regeln sich nach den Normen des Vertragsrechtes im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Das Vertragsrecht ist für alle Bürger gleich, es kennt keine Sonderregelung für den Arzt.

Aus den verschiedenen Vertragsarten, die das BGB unterscheidet, kommen in Betracht, der Dienstvertrag (§ 611) oder der Werkvertrag (§ 631). Der Dienstvertrag verpflichtet den Arzt zur Leistung von Diensten nach durchschnittlichem Wissen und bestem Gewissen im Interesse des Patienten, der Werkvertrag verlangt die Herstellung eines Werkes. Nach herrschender Lehre ist in den meisten Fällen einer ärztlichen Behandlung für die rechtliche Beurteilung ein Dienstvertrag zugrunde zu legen. Im Gegensatz dazu war und ist der Werkvertrag auch heute noch die Ausnahme. Klassisches Beispiel für den Werkvertrag ist z. B. die Lieferung loser Schuheinlagen durch den Orthopäden [1]. Zu den Aufgaben des Arztes aus dem Vertrag gehört es, sich vom Leiden des Patienten selbst ein Bild zu machen, Angaben Dritter

nicht ungeprüft zu übernehmen und wichtige Befunde selbst zu erheben [6].

Die Vertragserfüllung bezieht sich ausschließlich auf die Qualität des ärztlichen Handelns und nicht auf den Erfolg im Sinne der Genesung. Der Mißerfolg mag Anlaß zur Überlegung sein, ob das ärztliche Handeln in seiner Qualität den Anforderungen entsprochen hat. Ein negativer oder gar tödlicher Ausgang allein kann nach diesen Überlegungen nicht Anlaß sein, eine Vertragsverletzung anzunehmen. Schließlich kann ein nicht den Erwartungen von Arzt und/oder Patient entsprechender Ausgang in der körperlichen Beschaffenheit (z. B. nicht vorhersehbare Resistenzschwäche) des Patienten begründet sein.

Natürlich gewinnt in diesem Zusammenhang das Problem der Vorhersehbarkeit eine besondere Bedeutung und damit auch Einfluß auf die Entscheidung zur Indikation. Dies gilt naturgemäß in besonderem Maße für alle ärztlichen Maßnahmen ohne vitale Indikation. Bei solchen Eingriffen ohne vitale Indikation mußten schon immer besonders strenge Anforderungen an das Abwägen der Entscheidungskriterien gestellt werden. Im Hinblick auf den erkennbaren Wandel in der Auffassung des Vertragscharakters bei operativen Eingriffen erlangt dies heute zunehmend weitere Bedeutung. Nach der Erfahrung un-

serer forensischen Praxis gilt dies vor allem für Operationen im Bereich der kosmetischen Chirurgie, wobei noch unterschieden werden muß, zwischen solchen mit rein kosmetischem Effekt (face lifting) und mit nur teilweisem (Narbenkorrektur).

Wesen des Vertragsabschlusses

Auch heute noch ist sich mancher Arzt nicht bewußt, daß es in jedem Falle einer Behandlung zu einem Vertragsabschluß kommt, weil er glaubt, daß Verträge nur in schriftlicher Form geschlossen werden könnten oder doch mindestens einer besonderen förmlichen Willenserklärung bedürften. Beim Abschluß eines Arzt-Patienten-Vertrages kommt es, wie bei der Mehrzahl aller Verträge (z. B. Kaufvertrag – Erwerb von Lebensmitteln), zu einem Wirksamwerden mit allen rechtlichen Konsequenzen ohne Schriftform und ohne ausdrückliche Willenserklärung. Bringt der Patient mit oder ohne Überweisung durch sein freiwilliges Erscheinen vor dem Chirurgen zum Ausdruck, daß er eine Behandlung wünsche und läßt der Chirurg durch Wort oder Gestik erkennen, daß er bereit sei, die Behandlung zu übernehmen, so kommt nach zugehender Willenserklärung des Chirurgen an den Patienten der Vertrag zustande. Zwischen überweisendem Arzt und Chirurg kommt es zu keinem Vertragsabschluß.

Wird dem Chirurgen ein bewußtloser Patient eingeliefert, so kann der Patient keine eigene Willenserklärung abgeben, konnte meist auch aus eigenem Antrieb den Arzt nicht rufen lassen und den Ort der Behandlung nicht selbst bestimmen. Auch in diesen Fällen kommt es zu einem verbindlichen Vertragsabschluß, der sich zivilrechtlich nach den Vorschriften der Geschäftsführung ohne Auftrag regelt. In diesen Fällen hat der Arzt nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten – für den in aller Regel davon auszugehen ist, daß der Patient wünscht, optimal behandelt zu werden – zu entscheiden. Dies gilt selbst dann, wenn es sich um einen Suizidanten handelt, der durch seine Selbstmordhandlung oder gar durch ein Schriftstück eindeutig zu erkennen gegeben hat, daß er seinem Leben ein Ende setzen möchte, weil in diesen Fällen zum Zeitpunkt der Möglichkeit des ärztlichen Eingreifens nicht gesagt werden kann, wie der Patient jetzt entscheiden würde, wenn er noch entscheiden könnte.

Lösung des Vertrages

Den Arzt-Patienten-Vertrag kann der Patient jederzeit – ohne Angaben von Gründen – kündigen. Auch hier ist nicht etwa die Schriftform oder eine dezidierte Erklärung erforderlich, es reicht aus, wenn der Patient nicht mehr erscheint oder bittet, entlassen zu werden. Im Gegensatz dazu kann der Arzt das Vertragsverhältnis nicht ohne weiteres, sondern nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes und nur dann, wenn im Falle einer ernsten oder

gar lebensbedrohlichen Erkrankung andere ärztliche Hilfe gesichert ist, kündigen. Als wichtige Gründe gelten z. B. Beschimpfung, Beleidigung oder Bedrohung des Arztes durch den Patienten, aber auch die Nichtbefolgung der ärztlichen Anordnungen. Aus der Sicht des Arztes ist die Beendigung des Vertrages ebenso formlos wie der Vertragsabschluß, in der Regel endet der Vertrag mit der Beendigung der Behandlung.

Der ärztliche „Kunstfehler“

Die Kenntnis der Grundlagen der Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient ist eine wesentliche Voraussetzung für das Verständnis der Problematik des ärztlichen Kunstfehlers und insbesondere der eng damit verbundenen Haftungsfrage. Einem Fehler im ärztlichen Beruf kommt – im Gegensatz zu Fehlern in vielen anderen Berufssparten – besondere Bedeutung deshalb zu, weil immer die höchsten Güter des Menschen – Gesundheit und Leben – in Gefahr sind. Deshalb ist, auch wenn die Juristen akzeptieren, daß der Arzt auch nur ein Mensch ist, dem Fehler unterlaufen können, auf unserer Seite ein Maximum an Sorgfalt zu verlangen, von der anderen Seite ist im Falle eines Fehlers eine besonders heftige Kritik zu erwarten.

Definition

Der Begriff „Kunstfehler“, der rechtlich nicht normiert ist, ist sowohl als Ausdruck wie in der Auslegung seiner Bedeutung umstritten. Trotzdem ist er heute allgemein gebräuchlich und in seiner kurzen und prägnanten Form bisher durch kein anderes Wort zutreffend ersetzbar. Die auf Virchow zurückgehende und noch heute gültige Definition bezeichnet als Kunstfehler „die Gesundheitsschädigung eines Patienten aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht und zuwider allgemein anerkannter Regeln der Heilkunde“.

Wo solche allgemein anerkannten Regeln nicht oder noch nicht gelten, kann also auch nicht von einem Regelverstoß gesprochen werden. Gleichwohl wird man Sorgfaltspflichtverletzungen auch hier finden, woraus sich schon ergibt, daß Kunstfehler und Fahrlässigkeit zu unterscheiden sind [5]. Abweichungen von Regeln der Kunst sind durchaus möglich, ohne daß daraus eine Sorgfaltspflichtverletzung abzuleiten wäre [2]. Streng genommen deckt der Begriff bereits die fahrlässige Fehlbehandlung als solche, auch dann, wenn es nicht zu einem Schaden des Patienten kommt [7]. Ein Fehler ohne Folgen ist jedoch rechtlich irrelevant.

Zu unterscheiden ist zunächst zwischen dem, was der Patient subjektiv als „Fehlbehandlung“ ansieht und dem, was objektiv geschehen ist. Im Gegensatz zu der weit verbreiteten Auffassung kann die Tatsache eines negati-

ven Behandlungsergebnisses allein niemals den Vorwurf des Kunstfehlers gegen den Arzt begründen. Der alleinige und entscheidende Grund für eine Haftung des Arztes, die sog. Haftungsschwelle, ist im Straf- wie im Zivilrecht ein bestimmtes fahrlässiges Verhalten des Arztes, das sowohl in einem aktiven Handeln, als auch im Unterlassen bestehen kann und zu einem Schaden geführt hat. Die Grundvoraussetzung für die strafrechtliche Verfolgung eines im Zuge ärztlicher Behandlung entstandenen Schadens ist somit der Nachweis eines schuldhaften (in der Regel fahrlässigen) Handelns und dadurch entstandener Schaden. Gleiches gilt für die zivilrechtliche Beurteilung einer Schadensersatzforderung.

Das Strafgesetzbuch kennt den Begriff des ärztlichen Kunstfehlers nicht als Tatbestand. Ein Fehler bei der ärztlichen Behandlung kann deshalb nur unter dem Gesichtspunkt des Tatbestandes einer fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung gesehen werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der ärztliche Eingriff zumindest in der Rechtsprechung, nach auch heute noch vertretener, wenn auch nicht unumstrittener Auffassung, eine Körperverletzung darstellt, deren Rechtswidrigkeit nur, aber auch zuverlässig, durch die rechtswirksame Einwilligung des Patienten ausgeschlossen wird. Ist die Einwilligung nicht rechtswirksam, bei z. B. fehlender oder nicht ausreichender Aufklärung [6], oder kommt es während des Eingriffes zu einem Verstoß gegen allgemein anerkannte Regeln ärztlicher Kunst, so verliert der Eingriff seine Rechtmäßigkeit und wird zur strafwürdigen Körperverletzung.

Die Praxis zeigt auch heute noch, daß der Patient – von Ausnahmen abgesehen – kein besonderes Interesse an einer strafrechtlichen Verurteilung des Arztes hat. Die Ausnahmen betreffen beispielsweise Fälle, die so gelagert sind, daß die Eltern eines bei einem ärztlichen Eingriff verstorbenen Kindes dem Arzt einen „Denkzettel verpassen“ wollen. Zumeist jedenfalls geht es dem Patienten um den Ersatz des Schadens, u. U. um den Erhalt eines Schmerzensgeldes. Nach Einschaltung rechtskundiger Berater wird dem Zivilverfahren, das im Prinzip unabhängig und getrennt vom Strafverfahren läuft, häufig eine Strafanzeige vorausgeschickt. Die Staatsanwaltschaft wird durch die Anzeigeerstattung gezwungen, ein Ermittlungsverfahren mit dem Ziel der objektiven Prüfung des behaupteten Sachverhaltes einzuleiten und dazu Ermittlungen mit dem Ziel der Beweismittelsicherung zu führen. Die durch die Staatsanwaltschaft gesicherten Beweise können auch im Zivilverfahren Verwendung finden. Nicht selten reicht das Ermittlungsergebnis nach Einholung eines Sachverständigengutachtens nicht aus, um ein aus der Sicht der Staatsanwaltschaft erfolgreiches Verfahren einzuleiten, was zwangsläufig zur Einstellung des Strafverfahrens führt. Dies schließt nicht aus, daß ein Zivilverfahren angestrengt und erfolgreich durchgeführt wird, weil in beiden Verfahren prozessual nach unterschiedlichen Gesichtspunkten vorgegangen wird. Auch im Zivilverfahren ist die Haftungsschwelle die Fahrlässigkeit, auch hier muß ein Schaden nachgewiesen werden.

Im Zivilrecht gilt in der Regel der Grundsatz: „Wer behauptet, muß beweisen“. Der, den die Beweislast trifft, in der Regel der Patient, ist meist in der schwierigeren Ausgangssituation. Die Zivilklage kann entweder eine Vertragsverletzung oder eine unerlaubte Handlung behaupten. In beiden Fällen muß der Patient den Beweis erbringen, daß der Arzt fahrlässig gehandelt hat, dadurch einen Schaden verursacht und somit den Vertrag verletzt bzw. eine unerlaubte Handlung begangen hat. Zur Umgehung tatsächlicher oder möglicher Beweisschwierigkeiten wird in jüngerer Zeit vielfach versucht, den Nachweis der Vertragsverletzung mit fehlender bzw. zumindest nicht ausreichender Aufklärung und damit nicht rechtswirksamer Einwilligung in den Eingriff zu führen.

Kommen ein Patient oder dessen Angehörige zu der Auffassung, daß im Laufe einer ärztlichen Behandlung „etwas“ (ein Schaden durch ein fehlerhaftes Verhalten des Arztes) passiert sei, so ist dies zunächst nicht mehr als ein Verdacht oder gar nur eine Vermutung. Dies gilt selbst dann, wenn der negative Ausgang oder sogar der Tod evident im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung steht. Erst der Nachweis des Zusammenhanges des Schadens mit einer vorwerfbaren Fehlhandlung des Arztes rechtfertigen den Schluß auf einen Kunstfehler. Eine große Zahl der Anzeigeerstattungen bzw. Klageerhebungen erfolgt im Stadium des Verdachtes bzw. der Vermutung einer Schuld des Arztes.

In jedem Falle muß der Nachweis erbracht werden, daß zwischen dem Handeln des Arztes und dem eingetretenen Schaden ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Im Strafverfahren muß dieser Nachweis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit geführt werden, d. h. daß jeder vernünftige Zweifel schweigen muß. Diese hohe Anforderung an die Sicherheit des Nachweises bringt es mit sich, daß zahlreiche Strafanzeigen gegen Ärzte nicht zur Anklage oder Anklagen nicht zur Verurteilung führen. Auch für den Arzt gilt: In dubio pro reo – im Zweifel für den Angeklagten. Dies erklärt, weshalb z. B. weniger als 10% der uns im Rahmen eines Strafermittlungsverfahrens zur Gutachtenserstattung vorgelegten Fälle zu einem Strafbefehl bzw. zu einer Anklageerhebung führen und davon wiederum ein Teil mit Freispruch oder Einstellung des Verfahrens endet.

Spezielle „Kunstfehlerprobleme“ in der Chirurgie

In der Chirurgie sind es einige wenige Problemgruppen, die gehäuft Anlaß sind, den Arzt zu beschuldigen, er habe einen Kunstfehler begangen. Dabei ist es weniger das manuelle bzw. technische Vorgehen bei der Durchführung chirurgischer Eingriffe, als die Indikationsstellung zur Durchführung. Bei den vorgeworfenen fehlerhaften Indikationsstellungen ist es weniger der für den Eingriff gewählte Zeitpunkt, als vielmehr das Unterlassen eines notwendigen Eingriffes, das bemängelt wird. Klassische Fälle

sind die nicht rechtzeitig operierte Appendizitis, die zu spät vorgenommene Laparotomie nach stumpfem Bauchtrauma oder die unterlassene Trepanation bei intrakraniellen Blutungen. Zunehmend findet auch eine dem Denken vieler Chirurgen eher ungewohnte Indikation Berücksichtigung, nämlich der Entschluß zur Verlegung eines Patienten in eine personell und apparativ besser ausgestattete Klinik, wenn es zu vorhersehbaren Komplikationen zu kommen droht oder gekommen ist. Auch in der Übernahme eines Falles (nicht Notfalles) kann bereits das Verschulden gesehen werden, wenn die technischen oder auch personellen Voraussetzungen des Hauses ex ante erkennbar nicht ausreichen. Während die Approbation den Arzt zur Ausübung der Heilkunde im Gesamtbereich der Humanmedizin ermächtigt, muß er sich, um den Vorwurf des Übernahmeverschuldens zu vermeiden, also unter dem Druck zivil- und strafrechtlicher Sanktionen, auf das beschränken, was er beherrscht [9]. Übernahmeverschulden bedeutet die schuldhafteste Übernahme eines Falles, bei dem ex ante zu erkennen ist, daß die zur Verfügung stehenden Kenntnisse und/oder technischen Voraussetzungen zu einer kunstgerechten Durchführung der Behandlung nicht ausreichen und die Möglichkeit zur risikolosen Weiterleitung des Patienten gegeben ist. Es kann aus unserer Erfahrung aus der Begutachtung deshalb nur immer wieder darauf hingewiesen werden, gerade im chirurgischen Bereich alle zweckentsprechenden Möglichkeiten der Diagnostik zu nützen. Dabei sind es keineswegs immer die komplizierten apparativen Untersuchungen, die hätten weiterführen können, sondern oft einfachste manuelle, bisweilen sogar von Hilfskräften durchzuführende Untersuchungen, wie Temperaturmessungen, Leukozytenzählung, digitale rektale Untersuchung und andere mehr.

Gerade in der Chirurgie lassen sich häufig für das operative Vorgehen keine strengen Grenzen zwischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ziehen, z. B. bei der Probeexzision tumorverdächtigen Gewebes während des Eingriffes. Ein bisher wenig beachtetes Problem besteht in der Frage des Übernahmeverschuldens während eines operativen Eingriffes, wenn z. B. der Chirurg, nach Ausschöpfung aller diagnostischen Maßnahmen vor dem Eingriff, während des Eingriffes erkennen muß, daß seine Möglichkeiten nicht ausreichen, z. B. Notwendigwerden der Brustkorberöffnung bei einer Laparotomie. In diesen Fällen kommt dem Abwägen des Risikos zwischen Unterbrechung des Eingriffes und Verlegung und der Durchführung in einer Sitzung entscheidende Bedeutung zu.

Bei dem rein technischen Vorgehen durch den Chirurgen gilt nach wie vor der Satz des Reichsgerichtes, daß der Mensch nicht mit der Sicherheit und Exaktheit einer Maschine arbeiten könne und aus der Tatsache, daß ein Schnitt oder ein Stich nicht mit der erwarteten Präzision geführt wurde, nicht der Schluß eines Verschuldens gezogen werden könne (RGSt 79, 432/434) [8]. Besonders häufig taucht als Begutachtungsfrage die Beurteilung der Nahtinsuffizienz auf. Meist kann der Laie nicht verste-

hen, daß eine „ordnungsgemäß“ gesetzte und geknüpfte Naht überhaupt aufgehen kann. Dabei ist aus der Sicht des Sachverständigen das „Aufgehen“ einer Naht äußerst selten ein Verschulden des Operateurs. Jeder erfahrene Arzt weiß um die Imponderabilien der Naht im Bereich krankhaft veränderten Gewebes.

Besondere Aufmerksamkeit finden immer wieder Fälle, bei denen Kompressen, Tücher oder Instrumente im Operationsbereich zurückgeblieben sind und bei einer späteren Operation bzw. Obduktion gefunden werden. Da es sich hierbei um eine typische Gefahr operativer Eingriffe handelt, ist der Arzt gehalten, ihr speziell vorzubeugen. So hat der Bundesgerichtshof (BGH) in einer Entscheidung ausgeführt, daß der Operateur seiner Sorgfaltspflicht im allgemeinen nur dann genügt, wenn die Kompressen zur Sicherung gegen ihr Verschwinden in der Bauchhöhle armiert werden [3]. Lediglich bei notfallmäßigen Eingriffen wird man einen Verstoß gegen diese Maxime aus Gutachtersicht rechtfertigen können.

Es gehört zu den Pflichten des Arztes, sich laufend über neue Erkenntnisse der Medizin im diagnostischen und therapeutischen Bereich zu informieren. Genügt er dieser Informationspflicht durch das Studium von Fachpublikationen, so kann er sich grundsätzlich auf die darin enthaltenen Angaben verlassen. Übersieht er allerdings offensichtliche, schwerwiegende Fehler in der Publikation, so verstößt er gegen die Sorgfaltspflicht [4].

Haftungsfragen

Strafrecht

Gelingt der Nachweis eines Verstoßes gegen die Regeln ärztlicher Kunst und einer damit im Zusammenhang stehenden Schädigung eines Patienten, so tauchen die Fragen der Haftung auf. Die Haftung ist im Straf- und Zivilrecht unterschiedlich zu beurteilen.

Der Arzt haftet bei seiner Tätigkeit strafrechtlich für schuldhaftes (fahrlässiges) Handeln höchst persönlich, wenn es zu Folgen gekommen ist, die im Zusammenhang mit seinem Handeln stehen. Kommt es bei der ärztlichen Behandlung zu einem Schaden durch schuldhaftes Handeln eines nicht-ärztlichen Gehilfen des Arztes, so haftet im Strafrecht auch dieser Gehilfe für seine Fehlhandlung persönlich. Der Schuldvorwurf gründet sich in der Regel auf die Fahrlässigkeit dessen, dem der Vorwurf gemacht wird. Fahrlässig im Strafrecht handelt, wer die Sorgfalt, zu der er nach den (speziellen) Umständen und nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichtet und imstande war, außer acht gelassen und infolgedessen entweder den Erfolg, den er bei Anwendung pflichtgemäßer Sorgfalt hätte vorhersehen können, nicht vorhergesehen hat oder den Eintritt des Erfolges zwar für möglich gehalten, aber darauf vertraut hat, er werde nicht eintreten.

Zivilrecht

Auch im Zivilrecht ist der Haftungsgrund – die Haftungsschwelle – die Fahrlässigkeit. Nach dem BGB handelt fahrlässig, „wer die im Verkehr erforderliche (übliche reicht nicht aus) Sorgfalt außer acht läßt“ (§ 276 BGB). Hier wird auf das objektive Handeln abgestellt, ohne daß zunächst die persönlichen Kenntnisse und Fähigkeiten als Maßstab angelegt werden. Allerdings bemißt sich die verkehrübliche Sorgfalt nicht durchschnittlich über die Gesamtbevölkerung, sondern je nach Berufsgruppe, der der Betreffende angehört, z. B. Arzt für Allgemeinmedizin oder Arzt für ein bestimmtes Fach. Der Haftungsanspruch wird entweder auf eine Vertragsverletzung gestützt, mit einer Forderung nach Schadensersatz oder mit unerlaubter Handlung begründet, und neben dem Schadensersatz auch Schmerzensgeld gefordert. Anders als im Strafrecht ist die Haftung für das ärztliche Hilfspersonal. Wird eine Vertragsverletzung geltend gemacht, so haftet der Arzt in vollem Umfang für sein Hilfspersonal als Erfüllungshilfe (§ 278 BGB) wie für eigenes Verschulden. Ist die Klage auf eine unerlaubte Handlung abgestellt, so haftet auch hier der Arzt für sein Hilfspersonal, hier als Verrichtungsgehilfe. Der Rechtsgrund der Haftung ist hier vermutetes Verschulden des Arztes bei der Auswahl und Überwachung des Verrichtungsgehilfen. Hier kommt im Gegensatz zum Erfüllungsgehilfen eine Haftung nicht zustande, wenn der Arzt den Nachweis erbringen kann, daß er bei der Auswahl und Überwachung des Personals die im Verkehr erforderliche Sorgfalt hat walten lassen. Zu den ärztlichen Hilfskräften oder Hilfspersonal, wie die juristische Bezeichnung lautet, werden nicht nur das eigentliche Pflegepersonal wie Krankenschwester und Pfleger, sondern genauso medizinisch-technische Assistenten und Hebammen, Krankengymnasten, Logopäden und Masseur, aber auch Arzt- und Schwesternhelferinnen, u. U. auch Familienmitglieder und das Hauspersonal zu rechnen sein. Praktisch alle Personen, die dem Arzt bei der Erfüllung seiner Aufgabe in irgendeiner Weise behilflich sind, sind mit diesem Begriff erfaßt. Unterschiedlich groß ist die Zahl dieser Gehilfen, sowohl des einzelnen

Arztes, aber auch im Klinikbetrieb. Die Zahl wird in erster Linie von Fachrichtung, aber auch von der Arbeitsweise des einzelnen Arztes bestimmt. Im Grundsatz gilt, daß es keine allgemein gültige rechtsverbindliche Vorschrift über die Abgrenzung der Tätigkeiten zwischen Arzt und ärztlichem Hilfspersonal gibt. Dies schließt nicht aus, daß ein Krankenhausträger für seinen Bereich wirkende Vorschriften erlassen kann, die dann von Ärzten und anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen beachtet werden müssen. Jeder an der ärztlichen Teamarbeit Mitwirkende trägt für seinen Tätigkeitsbereich seine eigene Verantwortung. Dies betrifft insbesondere die strafrechtliche Haftung. Da es weder für den Arzt noch für den Gehilfen über die staatlich geregelten Ausbildungsverordnungen hinaus spezielle gesetzliche Vorschriften gibt, ist eine in der Regel fahrlässige Verletzung der Sorgfaltspflicht nach den gesetzlichen Normen des Strafgesetzbuches zu beurteilen, eine meist damit verbundene zivilrechtliche Haftung entsprechend nach den Vorschriften des BGB.

Bibliographie

1. Amtsgericht Krefeld (1967) Entscheidung abgedruckt in: Neue Jur Wochenschr 1512
2. Bockelmann P (1967) Das Strafrecht des Arztes. In: Ponsold A (Hrsg) Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Thieme, Stuttgart
3. Bundesgerichtshof (1956) Entscheidung abgedruckt in: Neue Jur Wochenschr 1834
4. Bundesgerichtshof (1970) Entscheidung abgedruckt in: Neue Jur Wochenschr 1963
5. Deutsch E (1976) Medizinische Fahrlässigkeiten. Neue Jur Wochenschr 2289
6. Laufs A (1978) Arztrecht, 2. Aufl. Beck, München
7. Mezger E (1953) Über strafrechtliche Verantwortlichkeit für ärztliche Kunstfehler. Dtsch Z Gerichtl Med 42:365
8. Spann W (1962) Ärztliche Rechts- und Standeskunde. München, Lehmanns
9. Weissauer W (1978) Referat Sitzungsbericht I zum 52. Deutschen Juristentag. Beck, München