

Haftpflichtprobleme in der Plastischen und Wiederherstellungschirurgie

H. E. Köhnlein

Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Türkheim, D-8939 Türkheim, Bundesrepublik Deutschland

Problems of Liability in Plastic and Reconstructive Surgery

Summary. The obligation to inform the patient is especially serious in plastic surgery, since no vital indication for surgery exists. The less urgent an indication for an operation the more urgent is the need for informed consent. We have developed information brochures for the Federal Republic of Germany, which have stood the test of time. The often necessary help of a psychiatrist is especially important in cosmetic surgery. Never should a guarantee for a certain result be given. Many examples of typical mistakes and insufficient information are being discussed.

Key words: Problems of liability, plastic surgery – Duty of information

Zusammenfassung. Die Aufklärungspflicht wird in der Plastischen Chirurgie besonders ernst genommen, da die vitale Indikation fehlt. Je weniger dringend die Indikation zu einer Operation ist, um so höher werden die Anforderungen an die Aufklärungspflicht. Wir haben daher wegen Fehlens entsprechender Aufklärungsbögen auf dem deutschen Markt eigene Aufklärungsbögen entwickelt, die sich gut bewährt haben. Auf die häufig nötige Mithilfe eines Psychiaters bei der Aufklärung von Patienten vor einer kosmetischen Operation wird besonders hingewiesen. Eine Garantie für das Gelingen einer Operation darf in keinem Fall gegeben werden. Zahlreiche praktische Beispiele typischer Fehler und mangelhafter Aufklärung werden besprochen.

Schlüsselwörter: Haftpflichtprobleme, plastische Chirurgie – Aufklärungspflicht

Die Plastische und Wiederherstellungschirurgie umfaßt die operative Behandlung der äußerlich sichtbaren, angeborenen und durch Traumen verursachten Defekte

sowie die Handchirurgie. Sie wird zum Teil durch Chirurgen, zum Teil aber auch durch die Vertreter anderer Fachgebiete innerhalb ihrer spezifischen Aufgabengebiete ausgeführt. Es gibt aber auch Ärzte, die, ohne Fachärzte zu sein, sich auf dieses Gebiet spezialisiert haben.

Neben der Chirurgie der Mißbildungen gehört zur Plastischen Chirurgie definitionsgemäß auch die sogenannte kosmetische Chirurgie, ohne daß eine scharfe Abgrenzung zwischen plastischer und kosmetischer Chirurgie möglich wäre.

Der kosmetische Eingriff

Eine rein kosmetische Chirurgie, die lediglich der Verbesserung des äußeren Erscheinungsbildes dient, fällt nicht unter den Begriff der Heilbehandlung. Diese Art der Chirurgie wird nur selten von Chirurgen durchgeführt. Fast immer kommen die Patienten deshalb zum Chirurgen, weil eine äußere Abweichung ihrer Erscheinung von der Norm bei ihnen Anlaß zu mangelhafter Erlebnisverarbeitung ist und damit eine Neurose auslöst. Sehr häufig resultiert aus der Behebung des kosmetischen Schadens ein großer therapeutischer Effekt durch Fortfall der Zwangsvorstellung. In solchen Fällen ist der sogenannte kosmetische Eingriff eine echte Therapie.

Wenn dagegen keine Neurose vorliegt, kann die gleiche Operation zum kosmetischen Eingriff werden.

Es ist zu beachten, daß kosmetische Eingriffe, die nicht der Heilbehandlung dienen, gegen die guten Sitten verstoßen können. Trotz der Einwilligung der Patienten bleibt der Eingriff dann eine Körperverletzung, z. B. wurde als unsittlich verurteilt, daß ein Chirurg einem Artisten zum Zwecke der Kreuzigung gedeckte Löcher an Händen und Füßen fertigte, weil die Zielsetzung den guten Sitten widersprach (Perret 1952). Die Veränderung der Fingerabdrücke durch Hautverpflanzung im Hinblick auf die Bedeutung solcher Merkmale bei der Verbrechensbekämpfung ist in jedem Falle sittenwidrig (Schmelcher 1964).

Zur Aufklärungspflicht

Die Aufklärungspflicht beinhaltet in der Plastischen Chirurgie und vor allem bei kosmetischen Eingriffen ein besonders wichtiges Kapitel, denn hier fehlt in der Regel die vitale Indikation. In der rein kosmetischen Chirurgie reicht sie sogar in Bereiche hinein, die nicht mehr der Heilbehandlung zuzuordnen sind. Je weniger dringend die Indikation zum Eingriff ist, um so höher werden die Anforderungen an die Aufklärungspflicht. Die Gerichte haben deshalb die Aufklärungspflicht bei solchen Eingriffen sehr weit gespannt, wenn der gewünschte Erfolg nicht eingetreten war. Kommt es nach einem kosmetischen Eingriff nicht zu dem gewünschten Erfolg, teils durch unvermeidbare Komplikationen wie Hautnekrosen, Infektionen usw., teils aus vom Kranken mißverständener Vorstellung über das Ausmaß der kosmetischen Besserung, dann wird der Anspruch des Kranken gegen den Arzt meist damit begründet, daß keine richtige Aufklärung gegeben worden sei.

Ein Chirurg versicherte z. B. einer Patientin, daß nach der Operation nur haarfeine Narben zurückbleiben würden. Es entwickelten sich jedoch keloidartige Narben. Der Chirurg wurde verurteilt, weil er eine Zusicherung abgegeben hatte, die er niemals hätte abgeben können, obwohl die durchgeführte Operation dem allgemein akzeptierten Standard entsprach (Atlantic Reporter 1963).

Die Aufklärung muß deshalb gerade vor plastischen und kosmetischen Eingriffen grundsätzlich vor der Operation in aller Ruhe erfolgen. Der Patient muß geistig voll aufnahmefähig sein, er darf nicht bereits unter der Einwirkung sedierender Medikamente stehen. Wie weitgehend

hier die Vorstellungen der Gerichte gehen können, geht aus einem Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf hervor (Schmelcher 1964):

Zum Zwecke einer Vergrößerungsplastik der Brust wurden Fetttransplantate aus der Glutealgegend entnommen. Der Patientin wurde vor der Operation erklärt, daß zur Einpflanzung an der Brust ein horizontaler submammärer Schnitt gelegt werden müsse, wozu sie ihre Einwilligung gab.

Bei näherer Betrachtung unmittelbar vor der Operation sah der Chirurg, daß er mit einem horizontalen Schnitt nicht auskäme und erklärte der Patientin, die zu diesem Zeitpunkt bereits unter der Prämedikation stand, er müsse einen V-Schnitt machen. Auch dazu gab sie ihre Einwilligung. Später, mit dem Ergebnis der Operation nicht zufrieden, klagte sie. Das Gericht verurteilte den Chirurgen wegen mangelnder Aufklärung und nahm den Standpunkt ein, daß die bereits unter der Wirkung der Prämedikation gegebene Einwilligung nicht rechtswirksam gewesen sei.

Ähnlich gelagert war ein Fall des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main (Köhnlein 1972).

Eine Frau ließ eine plastische Korrektur der Nasenscheidewand vornehmen. Der Arzt operierte in Lokalanästhesie und stellte nach Begradigung des Nasenseptums fest, daß nunmehr auch eine Reduktionsplastik erforderlich war. Er besprach dies mit der Patientin und führte eine komplette Rhinoplastik aus. Obwohl das kosmetische Ergebnis sehr gut war, verklagte die Patientin den Arzt wegen Vornahme eines Eingriffes, der nicht gewünscht war, weil ihr Gesichtsausdruck durch die Operation so verändert worden war, daß ihre Bekannten sie nicht mehr erkannten.

Auch hier stellte sich das Gericht auf den Standpunkt, die unter dem Einfluß von sedierenden Medikamenten gegebene Einwilligung sei nichtig. Der Arzt wurde zum Schadensersatz verurteilt.

Der Bundesgerichtshof hat im Jahre 1971 einmal entschieden, daß es keineswegs selbstverständlich sei, daß ein Patient wegen einer unbedeutenden kosmetischen Operation die Gefahr des tödlichen Ausgangs auf sich nehmen sollte, auch wenn dieser nur einem unter 500 oder sogar 1000 Patienten drohe (Schleicher 1980).

Unerläßliche Ergänzung der mündlichen Aufklärung ist gerade in der kosmetischen Chirurgie die schriftliche Dokumentation über den Inhalt des Gespräches, das mit dem Patienten vor der Operation geführt wurde. Wenn solche Gespräche in Anwesenheit von Mitarbeitern (Krankenschwestern, Assistenten) geführt werden, sollten sie als Zeugen unterzeichnen. Die Berufung auf mündliche Abmachung ist später nicht beweiskräftig.

Unserer Ansicht nach ist es trotz aller Vorbehalte am besten, den Patienten einen Revers unterschreiben zu lassen. Tonbandaufnahmen des Aufklärungsgesprächs, die schon vorgeschlagen wurden, gehen an der Wirklichkeit des Krankenhausalltages vorbei und haben vor Gericht keinerlei Beweiskraft.

I.

Jeder operative Eingriff in den menschlichen Organismus strebt die Heilung an oder, wo diese nicht erreicht werden kann, eine nachhaltige Verbesserung des derzeitigen Zustandes. Jeder Eingriff stellt aber gleichzeitig eine Belastung und Störung des menschlichen Organismus dar, was auch unerwünschte Folgen nach sich ziehen kann. Bei jeder Operation kann es zu Zwischenfällen während der Narkose kommen, die allerdings sehr selten geworden sind. Häufiger sind Nachblutungen mit Ausbildung größerer Blutergüsse, Wundheilungsstörungen aufgrund von eitrigen Entzündungen und Durchblutungsstörungen des Gewebes, die nach Ausheilung breite Narben hinterlassen. Schließlich kann eine vorher nicht bekannte Überempfindlichkeit gegen Arzneimittel bestehen, und es kann auch in späterem Verlauf zu Durchblutungsstörungen aufgrund von Thrombosen kommen. Schließlich kann die Reaktionsweise des menschlichen Körpergewebes auf eine Operation grundsätzlich nie mit letzter Sicherheit vorhergesagt werden, so daß der Chirurg zu keiner Zeit die Garantie dafür übernehmen kann, daß das angestrebte Operationsergebnis auch erreicht wird.

I. Mamma-Reduktion (Brustverkleinerungsoperation)

Die häufigsten Komplikationen während oder nach der bei Ihnen geplanten Mamma-Reduktion (Brustverkleinerungsoperation) sind: Wundheilungsstörungen aufgrund unzureichender Durch-

blutung, eitrige Entzündung oder Nachblutungen. Gelegentlich ist eine befriedigende Formgebung durch einen ungünstigen Gefäßverlauf nicht möglich. Nach der Operation können sich Empfindungsstörungen im Bereich der Brustwarzen einstellen, seltener kommt es zum Zugrundegehen der Brustwarze oder auch zum Zugrundegehen von Teilen des Brustdrüsengewebes. Schließlich kann es zu breiter oder übermäßiger Narbenbildung kommen, entweder aufgrund der beschriebenen Wundheilungsstörungen oder aufgrund einer körpereigenen Reaktionsweise. Insgesamt muß nach der bisherigen Erfahrung mit einer oder mehreren der genannten Komplikationen in etwa 10% der Eingriffe gerechnet werden.

Ich erkläre, daß ich die obenstehenden Hinweise vollständig zur Kenntnis genommen habe und daß die obengenannte Operation auf mein ausdrückliches und ernstes Verlangen ausgeführt werden soll. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und weiß, daß ich bei Zweifeln von meinem behandelnden Arzt oder jedem anderen Arzt der Klinik weitere Informationen erhalten kann.

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient

II.

Mamma-Augmentation (Brustvergrößerung)

Die bei mir geplante Mamma-Augmentation (Brustvergrößerung) wird durch Einbringen einer Kunststoffprothese zwischen Brustmuskel und Drüsenkörper erreicht. Als Reaktion des Gewebes auf den eingelegten Fremdkörper kommt es häufiger zur Ausbildung einer harten Bindegewebskapsel um die Prothese, die zu Formstörungen führt und schmerzhaft sein kann. Diese Komplikation kann auch noch nach Jahren auftreten, sie wird in bis zu $\frac{1}{3}$ der Fälle beobachtet. Seltener kommt es zu eitrigem Entzündungen oder Nachblutungen, auch werden gelegentlich Empfindungsstörungen im Bereich der Brust und übermäßige Narbenbildung beobachtet. Die letztgenannten Störungen treten insgesamt bei weniger als 5% der Operierten auf.

III.

Bauchdeckenplastik (Straffung der Bauchdecke)

Bei der bei Ihnen geplanten Bauchdeckenplastik (Straffung der Bauchdecke) muß mit Nachblutungen und Blutergüssen unter der Bauchdecke gerechnet werden. Weiterhin kann es zum Zugrundegehen von Anteilen des Unterhautfettes und der Haut kommen. Gelegentlich wird das kosmetische Ergebnis durch eine Stufenbildung zwischen der fettgewebsreichen Bauchhaut und der sehr viel dünneren Haut der Beine und der Leistengegend beeinträchtigt. Auch übermäßige Narbenbildung, eitrige Entzündungen, Empfindungsstörungen im Bereich der Bauchhaut und seltener auch Venenthrombose an den Beinen werden beobachtet. Insgesamt muß mit Komplikationen in etwa 20% der Fälle gerechnet werden.

IV.

Lidplastik

Bei der bei Ihnen geplanten Lidplastik kommt es nicht selten durch den Zug der entstehenden Narbe zu einer Ausstülpung oder zum Herabsinken des Lidrandes, wodurch eine Schlußunfähigkeit der Augenlider oder Tränenträufeln eintreten kann. Seltener sind Nachblutungen, eitrige Entzündungen und Störungen des Muskelspiels. Eine nach Lidoperationen häufig eintretende starke Schwellung der Lider ist vorübergehend und bildet sich in Tagen bis Wochen zurück. Sehr selten wird auch ein Einsinken des Augapfels mit Doppelsehen beobachtet, extrem selten (bisher etwa 3 Fälle weltweit) trat nach Lidoperationen Blindheit ein. Die Häufigkeit von Komplikationen liegt insgesamt bei etwa 10%.

V.

Nasenoperation

Die häufigsten Komplikationen bei der bei Ihnen vorzunehmenden Nasenoperation sind Nachblutungen, Teilverlust von Nasenschleimhaut, Knorpel- oder Knochenanteilen. Hierdurch können Behinderungen der Nasenatmung herbeigeführt werden, gelegentlich wird auch die äußere Form der Nase sichtbar beeinträchtigt. Eine oder mehrere der genannten Komplikationen treten erfahrungsgemäß in etwa 5% der Fälle auf.

VI.

Hautverpflanzung

Bei der bei Ihnen vorzunehmenden Hautverpflanzung muß häufiger mit einer Nichtanheilung der verpflanzten Haut infolge mangelnder Durchblutung des Wundgrundes oder einer eitrigen Entzündung gerechnet werden.

Auch nach der Einheilung kann sich die verpflanzte Haut gegenüber der Umgebung verfärben, d. h. zu dunkel oder zu hell erscheinen. Im späteren Verlauf, auch nach Monaten, kann es zu Schrumpfungen der verpflanzten Haut, zu unschöner Narbenbildung und Schmerzhaftigkeit sowohl an der Entnahmestelle wie auch an der Einpflanzungsstelle der Haut kommen. Insgesamt liegt die Häufigkeit aller genannten Komplikationen bei etwa 10%.

VII.

Dupuytrensche Kontraktur

Bei der bei Ihnen vorliegenden Dupuytrenschen Kontraktur der Hand sind häufig Nerven und versorgende Gefäße der Finger in die Strangbildung eingemauert und können oftmals beim Entfernen der Stränge vor Verletzungen nicht bewahrt werden. Hierdurch kann es einmal zu Gefühlsstörungen eines oder mehrerer Finger kommen, zum anderen aber auch zu Durchblutungsstörungen, Wundheilungsstörungen, in schweren Fällen auch zum Zugrundegehen von Hautteilen bis zum Absterben eines Fingers. Auch eitrige Infektionen und Nachblutungen werden beobachtet. Gelegentlich ist die erzielte Beweglichkeit der Finger aufgrund bereits bestehender Gelenksschädigungen unzureichend, vereinzelt kommt es auch zur Einschränkung der gesamten Handfunktion durch eine Sudecksche Erkrankung, deren Ursache bis heute unbekannt ist. Als Spätfolge sind erneute Strang- oder Knotenbildung in vorher nicht veränderten Gewebe oder auch Einziehungen der Haut möglich, da es sich nicht um eine Erkrankung der Hand, sondern um eine allgemeine Gewebeerkrankung handelt. Die Gesamthäufigkeit der Komplikationen liegt bei etwa 15%.

VIII.

Sehnenoperation

Der Erfolg der bei Ihnen geplanten Sehnenoperation wird häufig durch Festwachsen der Sehne, durch Narben- und Bindegewebsbildung an der Haut oder an den Knochen der Hand beeinträchtigt. Hierdurch kommt es zu einer eingeschränkten, in schweren Fällen auch aufgehobenen Beweglichkeit der Finger. Seltener tritt eine eitrige Entzündung oder Herauseitern von Anteilen der Sehnen ein. Gelegentlich werden auch Durchblutungs- und Gefühlsstörungen beobachtet, seltener kommt es zu einer Feststellung von Gelenken. Mit einer unzureichenden Beweglichkeit muß in etwa 25% der Fälle gerechnet werden, die übrigen Komplikationsmöglichkeiten sind mit etwa 5% der Fälle zu veranschlagen.

IX.

Handoperation

Bei der bei Ihnen vorzunehmenden Handoperation kann es zur Verletzung von Nerven und Gefäßen kommen, was Durchblutungsstörungen und Gefühlsstörungen im Bereich der Hand

nach sich ziehen kann. Die gleichen Erscheinungen können auch durch starke Schwellungszustände und durch eitrige Infektionen zusammen mit Wundheilungsstörungen eintreten. Schließlich kann die Narbenbildung die Beweglichkeit einschränken, in seltenen Fällen stellt sich auch eine sogenannte Sudecksche Dystrophie ein, deren Ursache bis heute unbekannt ist und die zu einer gelegentlich erheblichen Einschränkung der gesamten Handfunktion führen kann.

Perret schlug einen einfachen Revers vor:

„Ich bin damit einverstanden, daß die geplante Operation der/des zur Behandlung der/des vorgenommen wird.

Ich bin darüber aufgeklärt, daß unter Umständen der gewünschte und versprochene Erfolg auch ohne Verschulden des Arztes ausbleiben kann oder es zu einer Verschlechterung kommt.“

Wir glauben, daß das zumindest für die kosmetische Chirurgie keinesfalls genügt und haben daher eigene Aufklärungsbögen (Bogen I-IX) entwickelt, mit denen wir gute Erfahrungen gemacht haben.

Neben den häufigen Entstellungsneurosen gibt es auch Patienten mit echter Psychose und Entstellungen. Hier ist die Hilfe eines Psychiaters unumgänglich, da eine Psychose durch eine Operation meist verschlimmert wird. Es ist ein Fall bekannt geworden, bei dem ein psychotischer Patient den Chirurgen nach einer nicht besonders geglückten Nasenoperation erschossen hat, nachdem zuvor mehrere Klagen wegen Kunstfehlers vom Gericht abgewiesen wurden (Perret 1956).

Bei Kindern ist darauf zu achten, daß auf jeden Fall beide Elternteile die Einwilligung zu einem kosmetischen Eingriff geben. Es ist schon vorgekommen, daß nur die Einwilligung eines Elternteils vorlag und der andere Elternteil den Chirurgen wegen vorsätzlicher Körperverletzung verklagte (Schmelcher 1964).

Eine weitere wichtige Maßnahme zum Schutz gegen spätere unberechtigte Vorwürfe ist die photographische Sicherung. Am besten sollte der Operateur in jedem Fall prä- und postoperative Photographien anfertigen und sich vom Patienten schriftlich bestätigen lassen, daß er am Tag der Ausfertigung der Aufnahmen so ausgesehen habe.

Nicht selten werden nachträglich aus anderem Grund entstandene Gesichtsnarben der Operation angelastet, um aus ihnen Schadensersatzansprüche geltend zu machen. Mehrere solche Fälle sind aus den USA bekannt geworden (Pacific Reporter 1962).

Bei einigen Operateuren besteht die Unsitte, Patienten Photographien von Filmschauspielerinnen und Modellen zu zeigen, um die von den Patienten gewünschte Nasenform herauszusuchen. Die Retuschierung eines Patientenphotos vor der Operation ist ebenso gefährlich. Im Falle einer solchen Aufklärung sehen die Gerichte in den USA es trotz unterschriebener Operationseinwilligung mit Hinweis auf die Aufklärung als erwiesen an, daß der Operateur eine Garantie abgegeben habe.

Selbstverständliche Voraussetzung für die Vornahme plastischer Eingriffe auf kosmetischem Gebiet ist schließlich eine entsprechende praktische Erfahrung des Operateurs, die er im Rahmen seiner Weiterbildung erworben haben und, wenn erforderlich, nachweisen muß. Hier ziehen heute die strengen Vorschriften der Weiterbildungsordnung Grenzen, die man vor wenigen Jahrzehnten noch nicht kannte.

Deshalb sollte sich ein Operateur, der z.B. eine Mammoplastik oder eine plastische Korrekturoperation im Gesicht vornehmen will, zu einem solchen Eingriff nur bereitfinden, wenn er seiner praktischen Kenntnisse auf dem betreffenden Gebiet sicher ist und über entsprechende Erfahrungen in der Anzeige und in der selbständigen Durchführung solcher Operationen verfügt.

Wenn z.B. ein Orthopäde eine Mammoplastik vornimmt, ohne die erforderlichen praktischen Vorkenntnisse zu besitzen, muß er damit rechnen, daß ihm bei Mißlingen des Eingriffs aus dieser Tatsache ein erster Vorwurf erwächst und daß man ihn für ein nachweisbar unbefriedigendes Behandlungsergebnis haftbar macht (Urteil des Landgerichts München 1, 1969).

Jeder Arzt, der eine noch so kleine Operation vornimmt, wird niemals vor ihrer Ausführung alle Einzelheiten des Ablaufes und deren Folgen vollständig überblicken können. Dies gilt ganz besonders für plastische Operationen. Deshalb kann für den Erfolg solcher Operationen niemals eine Garantie übernommen werden.

Spezieller Teil

a) Narbenkorrektur durch Excision und Verschiebeplastik

Nur etwa 5% aller Kunstfehlerprozesse in den USA betreffen die Haut. Schlechte Ergebnisse nach Narbenrevision ergeben niemals den Tatbestand des Kunstfehlers, es sei denn, der Operateur kann eine ausreichende Ausbildung nicht nachweisen. So wurde beispielsweise ein Augenarzt verurteilt, der überschüssige Haut an den Augenlidern mit schlechtem Ergebnis operierte, weil er keine ausreichende chirurgische Ausbildung hatte. Auch hier empfiehlt es sich — wie bei allen plastisch-chirurgischen Operationen — präoperativ Photos anzufertigen, um später die Behauptung, das Aussehen habe sich durch die Operation verschlechtert, widerlegen zu können (Trial Magazin 1971).

Der große Einfluß der Massenmedien hat es mit sich gebracht, daß viele Patienten vom Operateur erwarten, daß er Narben wieder verschwinden lassen könne. Es ist dringend anzuraten, daß der Arzt hier die hochgespannten Erwartungen dämpft und dem Patienten erklärt, daß eine noch so gut korrigierte Narbe immer wieder eine neue, vielleicht weniger sichtbare Narbe hinterläßt, und daß kein Operateur, welche Therapie er auch immer anwenden mag, in der Lage ist, Narben unsichtbar zu machen. Besonders schwierig wird das, wenn eine Narbe ein sichtbares Stigma darstellt.

So ist es z. B. in Puerto Rico üblich, daß die Wange einer Frau bei Ehebruch mit dem Messer geschlitzt wird. Zu Hunderten suchen die unglücklichen Frauen später die Chirurgen auf, in der Erwartung, daß er sie vom Makel wieder befreien könne, und es ist sehr schwer, sie davon zu überzeugen, daß das nicht oder nur in sehr beschränktem Maße möglich ist.

b) Hauttransplantationen

Hauttransplantate werden in der plastischen Chirurgie zur primären und sekundären Defektddeckung in Form von Spalthaut- und Vollhauttransplantaten angewendet. Die Einheilung hängt vor allem vom Zustand des Empfängerbettes ab, wobei Durchblutung des Gewebes, Grad der Kontamination, Vernarbung, Strahlenschädigung und Lokalisation des Defektes eine Rolle spielen. Je schwieriger es ist, das transplantierte Gebiet ruhigzustellen, z. B. Hals, Brustkorb etc., um so schlechter wird die zu erwartende Einheilung sein.

Keloidbildung. Da es außerdem fast unmöglich ist, die Heilungsfähigkeit eines bestimmten Patienten vorauszusagen, muß immer damit gerechnet werden, daß hypertrophische Narben oder Keloide nicht selten an den Entnahmestellen der Hauttransplantate entstehen. Für eine Keloidbildung kann kein Operateur haftbar gemacht werden. Man weiß zwar, daß es bei bestimmten Hauttypen (Rothhaarige und bei Kindern) vermehrt Keloidbildung gibt, statistisch gesichert ist jedoch diese Beobachtung nicht.

Da ein Patient, bei dem eine Hauttransplantation durchgeführt werden muß, häufig eine Besserung seines Aussehens erwartet, wird er naturgemäß sehr enttäuscht sein, wenn sich an einer anderen Körperstelle eine häßliche Narbe bildet.

Man sollte ihn deshalb, sofern es sich nicht um eine Notoperation wie bei Schwerverbrannten handelt, darauf hinweisen, daß Störungen der Wundheilung, besonders im Gesicht, infolge der überschießenden Wundheilung nicht selten sind.

Ein Patient erlitt Verbrennungen am rechten Bein, die eine Hauttransplantation vom linken Bein erforderlich machten. Beide Beine infizierten sich. Der Patient klagte deswegen auf Kunstfehler. Das Gericht entschied, es läge kein Kunstfehler vor. Ein Laie kann nicht beurteilen, ob langsame Wundheilung und Infektion nach Hauttransplantaten wegen Verbrennung auf Kunstfehlern beruhen oder nicht. Grundsätzlich ist eine Infektion nach einem chirurgischen Eingriff kein Zeichen für das Vorliegen eines Kunstfehlers, wenn der ärztliche Prozeßgutachter feststellt, daß die Operation nach dem neuesten Stand der chirurgischen Technik ausgeführt wurde, was in diesem Fall geschah (South-Western Reporter 1967).

Defekte Instrumente. Eine Frau wurde aufgenommen, um eine Hauttransplantation vom rechten Oberschenkel zur rechten Wade zu bekommen. An der rechten Wade wurden Verbrennungsnarben von einer elektrischen Verbrennung excidiert. Die Hauttransplantate wurden mit einem

Stryker-Dermatom entnommen. Die entnommene Haut war zu dick. Der Chirurg nahm deshalb nochmals Haut ab, die ebenfalls zu dick war. Das Dermatom schien nicht in Ordnung. Der Chirurg verzichtete daher auf Transplantatentnahme und nähte die entnommenen Transplantate wieder zurück auf die Entnahmestellen. Trotzdem entwickelten sich auf den Entnahmestellen ausgedehnte Narben. Die Patientin klagte auf Kunstfehler gegen den Chirurgen wegen Benutzung eines defekten Instrumentes. Das Dermatom wurde eingeschickt, und von der Fabrik wurde bestätigt, daß der Mechanismus zur Tiefeneinstellung defekt war. Das Krankenhaus stellte fest, daß kein Angestellter des Hauses in der Lage sei, diesen Defekt vor einer Operation festzustellen. Für den Arzt besteht dagegen keine Pflicht, vor der Operation ein Instrument auseinanderzunehmen und nach Fehlern zu suchen. Die Klage wurde daher vom Gericht zurückgewiesen (Southern Reporter 1965).

c) *Hauthomotransplantation*

Wenn sehr große Defekte gedeckt werden müssen oder die Patienten sich in so kritischem Allgemeinzustand befinden, daß eine Hautentnahme nicht möglich ist, so muß als vorübergehende Notmaßnahme zu Homotransplantaten von anderen Menschen oder Heterotransplantaten von Tieren (Schwein, Kalb) gegriffen werden. Diese Transplantate sind immer nur Platzhalter, die eine Infektion von außen verhüten. Sie wachsen niemals endgültig an.

Ein 15jähriges Mädchen wurde mit einer 55%igen drittgradigen Verbrennung eingeliefert. Das Leben des Kindes konnte nach Ansicht des behandelnden Chirurgen nur durch die Verwendung von Homotransplantaten gerettet werden. Die Mutter des Kindes erklärte sich bereit, Haut zu spenden, obwohl sie unter Varizen litt. Angeblich erklärte sie dabei, daß von der Innenseite des Oberschenkels keine Haut entnommen werden sollte. Zwei Tage nach der Hautentnahme wurde die Mutter entlassen. Danach hat sich der Chirurg nicht mehr um sie gekümmert. Das Kind erholte sich von der schweren Verletzung und heilte nach einigen Autotransplantationen aus. Die Mutter verklagte den Chirurgen, weil er gegen ihre Zustimmung auch Haut von der Innenseite ihrer Oberschenkel entnommen habe und weil er überhaupt eine Homotransplantation vom Lebenden zu seiner eigenen Bequemlichkeit vorgenommen habe, statt Leichenhaut zu verwenden. Die Klage wurde abgewiesen, da die Mutter nicht beweisen konnte, daß sie eine Hautentnahme von der Innenseite der Oberschenkel ausdrücklich verweigert habe, dieweil es in dem Krankenhaus, in dem das Kind behandelt wurde, niemals üblich war, Leichenhaut bei der Behandlung von Schwerverbrannten zu verwenden (Southern Reporter 1965).

Ungepolsterte Schienen. Eine Patientin hatte tiefe Narben an der Vorderseite beider Oberschenkel aufgrund einer Verletzung in der Kindheit. Die Narben wurden excidiert und durch Hauttransplantate vom Bauch gedeckt. Postoperativ wurden die Beine verbunden und geschient, um ein Anwachsen der Transplantate zu erleichtern. Bald nach der Operation traten Schmerzen an der Unterseite beider Beine auf, besonders stark links. Der Verband wurde etwas gelockert. Am zweiten postoperativen Tag bildeten sich 10 cm über der linken Ferse auf der Rückseite des Beines Blasen, aber erst am vierten postoperativen Tag wurden die Schienen entfernt. Eine ausgedehnte Nekrose von der Mitte des Oberschenkels bis fast zur Ferse hatte sich auf der Rückseite des linken Beines gebildet. Zwei weitere Operationen mit Hauttransplantation vom Gesäß zur Rückseite des linken Beines wurden erforderlich. Schließlich resultierte eine stark eingeschränkte Beweglichkeit des linken Kniegelenkes, die Patientin wurde als Kellnerin berufsunfähig. Ausgedehnte Narbenfelder an der Rückseite des linken Beines waren sichtbar. Der behandelnde Arzt sagte aus, daß er die Schienen nicht vorher abnehmen konnte, um das Anwachsen der Hauttransplantate nicht zu gefährden. Deshalb wurden die Verbände etwas gelockert. Daß sich eine Nekrose entwickeln würde, habe er nicht voraussehen können. Es stellte sich jedoch heraus, daß ungepolsterte Gipsschienen verwendet worden waren. Das Gericht entschied auf Kunstfehler bei der Art, wie die Schienen angewendet wurden und gab der Klage statt (Federal Reporter 1964).

d) *Spezielle Techniken*

In der plastischen Chirurgie sind spezielle Techniken mit besonderen Risiken behaftet, auf die der Patient hingewiesen werden sollte, auch wenn bisher keine Kunstfehlerprozesse auf diesem Gebiet bekannt geworden sind.

Bei der häufig durchgeführten Gesichtsspannung können Äste des Gesichtsnerven verletzt werden, was dann zu entsprechenden Ausfällen, wie hängender Mundwinkel, Unfähigkeit, die Stirn zu runzeln usw. führt. Dies ist kein Kunstfehler, sondern gehört bei der großen Variation im Bereich der Gesichtsnerven zu den Risiken dieser Operation. Bei Operation an den Augenlidern kann es am Unterlid zu Ectropion kommen. Dies kann einmal in einer extremen Schrumpfungseigung des Gewebes begründet sein, es ist aber auch möglich, daß der Operateur zuviel Haut entfernt hat. Wird bei Operation wegen ausgeprägter Tränensäcke zuviel Fett entfernt, so kann es zum Absinken des Bulbus und entsprechenden Sehstörungen und sogar zu Blindheit kommen.

1. Bauchdeckenplastiken

Bei der Excision schlaffer Bauchdecken müssen die Wunden unter erheblicher Spannung vernäht werden. Dies führt nicht selten zur Ausbildung hypertrophischer Narben, deren Entstehen niemals auf einen Kunstfehler zurückzuführen ist. Die Patienten müssen aber auf dieses Risiko hingewiesen werden.

2. Gesichtsplastiken

Im Bereich des Gesichtes werden neben der schon erwähnten Hautstraffung an der Wange, am Hals und an den Augenlidern vor allem Nasenplastiken oder Ohrenplastiken durchgeführt.

a) Nasenplastiken. Nasenplastiken werden häufig zur Verbesserung des Aussehens (Hakennase, Höckernase) durchgeführt. Oft liegen aber hier gleichzeitig krankhafte Veränderungen (Septumverbiegung, Muschelhypertrophie) vor. Aus diesem Grund fordern viele HNO-Ärzte, daß diese Operationen nicht vom Chirurgen durchgeführt werden sollten, obwohl sie selbst oft nicht über die notwendigen chirurgischen Kenntnisse verfügen, um die äußerlich sichtbare Deformität zu korrigieren. Umgekehrt haben aber wiederum Chirurgen oft nicht die nötigen Kenntnisse, um die krankhaften Veränderungen im Naseninneren zu operieren. Bei den Operateuren, die nicht über alle Voraussetzungen verfügen, bietet sich eine enge Zusammenarbeit mit der Nachbardisziplin geradezu an. Der postoperative Kollaps der Nasenbeine und der Scheidewand, der auch bei einwandfreier Technik vorkommen kann, führte bei einem bekannten New Yorker Chirurgen zur Verurteilung, weil er vor der Operation anhand von Modellen die gewünschte Nasenform besprochen hatte. Dies wurde vom Gericht als Garantieverprechen aufgefaßt (Atlantic Reporter 1960).

Ein Mann ließ sich von einem HNO-Arzt operieren, um eine Hautverdickung an der Nasenspitze zu beseitigen. Der Operateur führte jedoch eine totale Nasenplastik durch, die das Aussehen des Patienten stark veränderte und die Nasenatmung beeinträchtigte. Der Chirurg behauptete demgegenüber, daß der Patient eine Veränderung des Aussehens seiner Nase gewünscht habe. Sechs Wochen nach der Operation erklärte der Patient, daß er mit dem Ergebnis unzufrieden sei und daß die Atmung behindert sei. Zwei Ärzte, die den Patienten vor der Nasenplastik gesehen hatten, bestätigten, daß die Nasenatmung vor der Operation frei gewesen sei. Ein Jahr später untersuchte ein plastischer Chirurg den Patienten und stellte ein gutes Ergebnis nach Nasenplastik fest, freie Atmung, aber ständig forciertes Atmen von seiten des Patienten. Er empfahl eine psychiatrische Behandlung. Im folgenden Jahr wurde der Patient noch zweimal operiert. Einmal wegen einer Vorbuckelung am Nasenseptum auf der linken Seite und einmal zur submukösen Resektion der unteren Muscheln. Nach beiden Operationen hatte er eine heftige Rhinitis und klagte über weitere Verschlimmerung seiner Beschwerden. Das Gericht entschied gegen Kunstfehler, da die Operation nach allgemein akzeptierten Grundsätzen durchgeführt worden war. Es kann nicht erwartet werden, daß jeder Chirurg die optimal mögliche Technik benutzt. Es genügt, wenn er in seiner Operationstechnik einen allgemein üblichen Standard erreicht. Der Chirurg war ein bekannter HNO-Arzt, der viele Nasenplastiken mit bestem Erfolg durchgeführt hatte, so daß ihm auch keine unzureichende Ausbildung vorgeworfen werden konnte (Southern Reporter 1967).

Ein 19 Jahre alter Patient klagte gegen einen Chirurgen, der nach einer Nasenplastik kaustische Flüssigkeit verwendete und dadurch entstellende Narben verursachte. Die Operation wurde wegen Höckernase durchgeführt. Sie verlief normal. Der Patient wurde zwei Tage nach der

Operation entlassen. Acht Tage später, anlässlich eines Verbandswechsels, stopfte der Chirurg die Nase mit einer in Flüssigkeit angefeuchteten Watte ab. Der Patient bekam sofort heftige Schmerzen. Der Chirurg maß dem jedoch keine Bedeutung bei. Am nächsten Tag wurde der Verband gewechselt, die Haut der Oberlippe war teilweise zerstört und die Lippe geschwollen. Eine mehrmonatige Salbenbehandlung folgte. Zum Abschluß war das rechte Nasenloch durch Vernarbung fast verschlossen, und die Lippe zeigte eine Narbe wie nach Hasenschartenoperation. Der Chirurg gab auf Befragen an, lediglich 10%iges Kokain verwendet zu haben. Der ärztliche Gutachter gab an, seit 30 Jahren 10%iges Kokain zu verwenden. Er hatte nie einen Zwischenfall. In Gegenwart des Gerichtshofes wurde daraufhin eine in 10%iges Kokain getränkte Watte in die Nase des Patienten inseriert. Sie verblieb dort über 10 h und verursachte keinerlei Symptome. Die entstandenen Narben wurden von einem plastischen Chirurgen entfernt und durch Vollhauttransplantate ersetzt. Das kosmetische Ergebnis war gut. Das Gericht schloß, daß eine örtliche Verbrennung durch eine Benutzung 10%igen Kokains nicht möglich sei. Der Chirurg müsse daher entgegen seiner Aussage ein kaustisch wirkendes Mittel benützt haben. Da der Kläger jedoch einen Kunstfehler nicht beweisen konnte, wurde der Fall einem höheren Gerichtshof zur weiteren Verhandlung übergeben (Atlantic Reporter 1967).

Ein Kapellmeister, der immer den Augen des Publikums ausgesetzt war, wollte einen Defekt am rechten Nasenflügel beseitigen lassen. Er wurde deshalb achtmal innerhalb eines Jahres mit Hauttransplantationen operiert. Der erstrebte Erfolg wurde jedoch nicht erreicht. In der Klage behauptete er, er sei jetzt völlig verunstaltet, das Gesicht sei durch Hautentnahme voller Narben, ebenso beide Arme. Er könne nur noch mit einer Nasenschleuder in die Öffentlichkeit gehen und seinen Beruf nicht mehr ausüben. Der Arzt hatte zu 99% Erfolg versprochen, obwohl er von einer alten Lueserkrankung Kenntnis hatte und einen Mißerfolg wegen schlechter Wundheilungstendenz aus diesem Grund erwarten mußte. Das Oberlandesgericht verurteilte den Chirurgen, weil er es unterlassen hatte, unmißverständlich auf die im gegebenen Fall gesteigerte Gefahr eines Operationsmißerfolges mit möglicher weiterer Aussehensverschlechterung hinzuweisen (Warneyer 1935).

Eine Frau erlitt einen Verkehrsunfall mit Verlust der Sehkraft des linken Auges, Oberkieferfraktur Lefort II, Nasenbeinfraktur, zahlreiche Schnittwunden, Verlust des Geschmacks- und Geruchssinnes. Sie begab sich in Behandlung eines plastischen Chirurgen, der ihr versicherte, sie werde wieder ein annehmbares Aussehen bekommen. Der Chirurg regulierte die Frakturen. Bei der Reposition der Nasenbeinfraktur riß die Haut über dem Nasenrücken, was zu einer schlecht heilenden Wunde führte. Der Arzt schrieb an die Automobilversicherung, daß die gesamte Behandlung etwa 8 Monate dauern würde. Die Versicherung schloß daher den Fall unter Auszahlung eines Schmerzensgeldes ab.

Als Therapieplan gab er an: Revision des Nasenrückens, Knochentransplantation an der Nase, Infraktion des linken Nasenbeines und Segmenttransplantat vom Ohr zum rechten Nasenflügel. Insgesamt erfolgten acht Operationen an der Nase. Bei einer erneuten Befragung nach diesen Operationen gab der Chirurg abermals an, daß er glaube, ein befriedigendes Aussehen garantieren zu können. Nach weiteren drei Operationen hatte sich das Aussehen der Patientin weiter verschlimmert. Das Gericht ordnete eine Untersuchung durch einen anderen plastischen Chirurgen an, der feststellte, daß weitere größere Operationen nötig seien und ein befriedigendes Ergebnis möglich sei. Allerdings sei die Rekonstruktion einer normalen Nase nicht möglich. Fehlerhafte Behandlung wurde nicht festgestellt. Acht weitere Operationen wurden durchgeführt. Drei Jahre später, als insgesamt 22 Operationen durchgeführt worden waren, ohne daß die Nase sich gebessert hatte, klagte die Patientin wegen Kunstfehlers. Der Chirurg wurde verurteilt. Er legte Berufung ein und wurde wieder verurteilt, weil seine fehlerhaft durchgeführten 22 Operationen das Aussehen weiter erheblich verschlechtert statt verbessert hatten und weil aufgrund seiner ungerechtfertigten Aussage die Versicherung den Fall vorzeitig und damit ohne richtige Berücksichtigung des evtl. Endzustandes zum Nachteil der Verunfallten abgeschlossen hatte (Atlantic Reporter 1963).

b) Ohrenplastiken. Ohrenplastiken werden vor allem wegen abstehender Ohren, aber auch wegen Aplasien durchgeführt. Neben dem allgemeinen Risiko der Infektion kann es vorkommen, daß die meist kindlichen Patienten, wenn sie schon bald nach der Operation ohne Ohrenschutz schlafen, im Schlaf das neugeformte Ohr wieder zurückbiegen. Entsprechende Aufklärung der

Mutter schützt da vor unliebsamen Überraschungen. Kunstfehlerprozesse sind bisher auf diesem Gebiet nicht bekannt geworden.

3. Mammoplastiken

Die Durchführung von Mammoplastiken ohne nachgewiesene Ausbildung in den Operationsverfahren führt bei schlechten Ergebnissen fast immer zur Verurteilung des Chirurgen. Die Operationsmethode und die Risiken, vor allem der mögliche Verlust der Mamille, müssen der Patientin genau erklärt werden. Niemals dürfen vorher Fotos gezeigt oder irgendeine Garantie übernommen werden. Bei allen Operationsmethoden sind selbst bei ausgefeilter Technik Komplikationen häufig. Mamillennekrose, Nahtdehizens, Teilnekrose der Mamma und Infektion sind häufig, da sie abgesehen von der angewendeten Technik nicht zuletzt durch die Durchblutungsverhältnisse in der Mamma bedingt werden, die präoperativ nicht exakt festgestellt werden können. Nur bei Garantie eines komplikationslosen Verlaufes oder eines bestimmten Ergebnisses können solche Komplikationen die Ursache für einen Kunstfehlerprozeß werden. Dasselbe gilt für die Augmentationsplastiken der Mamma. Nicht selten kommt es hier zur Ausbildung von Hämatomen oder zu einer starken Kapselbildung um das Implantat, die ein kosmetisch schlechtes Ergebnis zur Folge haben. Beides ist nur sehr bedingt vermeidbar. Anders ist es um die Injektion von flüssigem Silastik bestellt. Hier sind so viele katastrophale Ergebnisse bekannt geworden, daß man von jedem Chirurgen verlangen muß, daß er diese kennt und flüssiges Silastik zur Injektion in die Brustdrüse nicht verwendet.

a) *Mammareduktionsplastik.* Eine 35 Jahre alte Frau mit ptotischen Mammae beiderseits und glandulärer Hyperplasie ließ eine Mammoplastik durchführen. Der Chirurg benutzte die Technik nach Gohrbrand. Da die Längsnaarben zu weit nach unten gereicht haben würden, wurden entlastende Incisionen nach lateral bis zum Rücken reichend gemacht. Die Operationsdauer betrug 5 h. Resultat: Erheblicher Volumenunterschied, Mamillenhochstand rechts (3 cm).

Nach drei Jahren steht die rechte Mamille weit oben und ist oberhalb des Randes des Büstenhalters sichtbar. Breite Narben bis zum Rücken submamär, erneute Ptose der Drüsenkörper. Die Brustwarzen stehen oberhalb der Drüsenkörper. Bei Armbewegungen bewegen sich die Brüste nach hinten, Operationsnarben unter den Warzenhöfen 10 cm lang und 4,5 cm breit. Der ärztliche Gutachter kam zu dem Schluß, daß bei dem Ergebnis auch intraoperativ eine gute Formgebung nicht gelungen sein kann. Da die Brustwarze rechts völlig falsch sitzt, kann präoperativ nicht markiert worden sein. Der Chirurg führte die neuerliche Entwicklung der Ptose auf eine starke Bindegewebsschwäche bei der Patientin zurück. Der Gutachter fand jedoch sonst keine Zeichen einer Bindegewebsschwäche. Er kam zu dem Schluß, daß die Länge der Quernarben und der falsche Sitz der Warzenhöfe auf fehlerhafter Technik beruhen und vermeidbar gewesen wären. Es ist also abwegig anzunehmen, daß die Ablehnung einer Nachoperation durch die Patientin zum Fehlergebnis geführt hat. Die Verurteilung erfolgte wegen Kunstfehlers (Köhnlein 1972).

Eine 39jährige Frau mit Mammahypertrophie kam zur Operation. Die Brustwarzen saßen nach der Operation zu hoch. Die Brüste waren der Patientin zu formlos. Sie verlangte eine erneute Operation und Schmerzensgeld. Der Chirurg gab an, daß die zu hohe Lage der Brustwarzen auf einen postoperativen Schrumpfungprozeß zurückzuführen sei. Die Patientin wurde vor der Operation auf das Risiko hingewiesen. Die Mammoplastik wurde nach der Methode von Lexer durchgeführt. Der Gutachter stellte Mamillenhochstand fest. Die Brustdrüsenkörper lagen zu tief. Die Form der Brüste war jedoch unauffällig, die Narben etwas breit. Das Gericht kam zu dem Schluß, daß der Zweck der Operation erreicht sei. Eine Verbesserung des Ergebnisses sei durch eine einfache Korrekturoperation möglich. Der Klage wurde nicht stattgegeben (Entscheidung des Landgerichtes München 1964).

Eine 34jährige Artistin ließ eine Mammoplastik und eine Bauchdeckenplastik durchführen. Sie bezahlte die Rechnung nicht, weil die Brüste verschieden groß geworden seien. Die rechte Brust stehe viel höher als die linke und sei nach außen gerichtet. Die Brustwarze könne durch den Büstenhalter nicht mehr verdeckt werden. Die Narben seien verhärtet, und im Bauch sei ein Loch entstanden. Der Arzt wäre nicht bereit, die Mängel zu beheben; es sei ihm ein Kunstfehler unterlaufen. Der Chirurg war ein Orthopäde, dies war jedoch der Patientin vorher bekannt.

Der Operateur wies die Kunstfehlerbehauptung zurück. Es sei zu einer Nachblutung gekommen, weil die Patientin entgegen ärztlicher Anordnung schon am ersten postoperativen Tag aufgestanden war und am vierten das Krankenhaus verließ und dann ins Kino ging, wo die Nachblutung erfolgte. Die Patientin begründete die Klage damit, daß der Zweck der Operation, d. h. eine kosmetische Verbesserung, nicht erreicht worden sei. Die Untersuchung durch den Gutachter zeigte einen mäßigen Hochstand der rechten Mamille, jedoch keine Seitendifferenz der Brustdrüsenkörper. Die Narbe an der Bauchdecke unterhalb des Nabels war etwas eingezogen und verbreitert. Nur leichter Hochstand der rechten Mamille, die sich aber durch einen normalen Büstenhalter leicht verdecken ließ. Der Substanzdefekt an der Bauchdecke sei aufgrund einer umschriebenen Wundheilungsstörung eingetreten. Korrektüreingriffe an den Narben seien bei Brustplastiken häufig nötig und vermeidbar. Die Implantationsstellen der Mamillen wurden ungleich gewählt, das war ein Fehler, der wahrscheinlich auf mangelhafte Ausbildung des Chirurgen zurückzuführen sei. Die Aufklärung vor der Operation hätte die Möglichkeit von Korrekturoperationen beinhalten müssen. Der Operateur wurde verurteilt (Entscheidung des Landgerichtes München 1969).

b) Augmentationsplastik der Brust. Hier werden wegen Mammoplastie oder -hypoplasie oder nach subkutaner Mastektomie Kunststoffprothesen oder Fettgewebe aus der Glutealgegend von axillären und submammären oder perialveolären Schnitten aus eingepflanzt. Beide Techniken erfordern große Sorgfalt, insbesondere hinsichtlich der Sterilität bei Verwendung von Kunststoff. Gelegentliche Infektionen können genauso wenig vermieden werden wie Schrumpfung des Fettgewebes und Verkalkung, Nachblutungen und Kapselbildungen um die Prothese herum.

Bei einer Patientin wurden von submammären Incisionen aus Silastikprothesen submammär eingepflanzt. Wegen der Krankenhauskosten verließ die Patientin schon drei Tage nach der Operation die Klinik. Sie hatte zu diesem Zeitpunkt etwas Fieber. Nach 12 Tagen entwickelte sich eine Infektion in der linken Brust, während die rechte Brust problemlos heilte. Der Chirurg wollte deshalb die Prothese entfernen, die Patientin lehnte das ab und ging zu einem anderen Chirurgen, der schließlich die Prothese entfernte. Die Patientin verklagte den ersten Chirurgen wegen Kunstfehlers. Mehrere Gutachter kamen zu dem Schluß, daß die Operation nach den allgemein gültigen Regeln durchgeführt worden war. Fehler in der Behandlung oder Sterilisation der Prothesen konnten nicht nachgewiesen werden. Die Klage wurde daher vom Gericht abgewiesen (Pacific Reporter 1967).

Eine 26jährige Frau wurde wegen Mammahypoplasie operiert. Die Aufklärung erfolgte unter Benutzung von Operationsskizzen. Der postoperative Verlauf war zunächst komplikationslos, am 5. postoperativen Tag wurde die Patientin auf eigenes Drängen vorzeitig entlassen. Der Arzt, zum Zeitpunkt der Entlassung gerade im Operationssaal, versäumte es, sich das entsprechende Formular unterzeichnen zu lassen. Trotz dringender Ermahnung, keinerlei Arbeiten zu verrichten, bei der die Oberarme bewegt werden, half die Patientin bei einem Umzug, nahm z. B. Vorhänge ab usw. Erst zwei Wochen später erschien sie wieder bei ihrem Chirurgen zur Entfernung der Fäden. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich eine Teilnekrose einer Mamille sowie eine Fettgewebsnekrose der anderen Brust eingestellt, eine erneute Korrekturoperation wurde erforderlich. Die Patientin verklagte den Chirurgen wegen Kunstfehlers. Nach mehreren Verhandlungen wurde schließlich ein Vergleich geschlossen, weil der Versicherung die sich ansammelnden Gerichtskosten höher erschienen als der Prozeßwert (Köhnlein 1976).

Aus dem Vorgesagten ist leicht zu ersehen, daß wir damit rechnen müssen, daß unsere Patienten dem Chirurgen gegenüber immer kritischer werden. Es wäre sicher falsch, daraus nun als einzigen Ausweg die Totalaufklärung zu sehen, die den Patienten als Laien vor unüberwindliche Probleme stellen würde. Auch der originelle Einfall eines Kollegen, der seine Patienten unterschreiben ließ — „Ich wünsche nicht aufgeklärt zu werden“ —, stellt kaum einen Beitrag zur Lösung des Problems dar. Was aber der Patient wissen will, muß ihm der Arzt sagen (Weissauer). Daß diese Gespräche viel Zeit kosten und die ohnehin knappe Zeit eines Chirurgen noch weiter einschränken, scheint leider unvermeidlich zu sein.

Literatur

- Atlantic Reporter, 2nd Series (1963) p 129
Atlantic Reporter, 2nd Series (1965) p 904
Atlantic Reporter, 2nd Series (1967) pp 7–10
Federal Reporter, 2nd Series (1966) p 228
Hassard H Medical Malpractice. Medical Economics Book. Oradell, New Jersey
Hübner A, Dost H (1955) Ärztliches Haftpflichtrecht. Springer, Berlin
Köhnlein HE (1972) Gutachten für das Oberlandesgericht. Frankfurt, September 1972
Köhnlein HE (1972) Gutachten für die Winterthur Versicherung. Prozeß vor dem Landgericht Hamburg, 3. 10. 1972
Köhnlein HE (1976) Haftpflichtprozeß gegen die Winterthur-Versicherung. Amtsgericht Freiburg, Oktober 1976
Landgericht München 2 (1964) Entscheidung der 3. Zivilkammer vom 2. 10. 1964
Landgericht München 1 (1969) 11. Zivilkammer vom 1. 10. 1969
Landgericht München 1 (1969) 11. Zivilkammer vom 1. 10. 1969
Landgericht München 1 (1969) Urteil der 11. Zivilkammer vom 26. 11. 1969
OLG Düsseldorf, 29. 12. 1962. N.J.W. 1963, Heft 37, S. 1679
Pacific Reporter, 2nd Series (1967) 540–544
Pacific Reporter, 2nd Series (1962) 1015
Perret W (1956) Arzthaftpflicht. Urban & Schwarzenberg, München
Perret W (1952) Kosmetische Chirurgie und Haftpflicht. Med Kosmetik 8:254
Schleicher D (1980) Die rechtlichen Grundlagen und die Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht. Arzt und Krankenhaus 5:30–35
Schmelcher D (1964) Arzt und Recht. Dtsch Med Wochenschr 89:1660–1664
Schultz UJ (1952) Entstellung und Neurose. Med Kosmetik 7:8
Schulz G (1961) Der Arzt vor dem Richter. Schlüter'sche Buchdruckerei, Hannover
Southern Reporter, 2nd Series (1965) p 905
Southern Reporter, 2nd Series (1967) pp 404–410
Southern Reporter, 2nd Series (1965) p 904
South-Western Reporter, 2nd Series (1967) p 564
Trial Magazin, Mai (1971) S 54
Warneyer D (1935) Haftung für kosmetische Schäden. Chirurg 7:294–298
Weissauer W (1980) Die Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht und Lösungsvorschläge. Arzt und Krankenhaus 5:30–35

Eingegangen am 14. Januar 1981