

## Einige Bemerkungen zur rechtlichen Seite

Es ist hinlänglich bekannt, dass der Kausalitätsnachweis, der dem Patienten abverlangt wird, im Verfahren im Arzthaftungsrecht so gut wie nie gelingt.

Dann, sollte man annehmen, müsste zumindest ein Gegengewicht geschaffen werden und an die Aufklärungspflichten strenge Anforderungen gestellt werden. Ich überblicke dieses Thema nicht, aber die Urteile, die mir bekannt sind, lassen die Tendenz erahnen, dass Richter die Aufklärungspflichten nur dann streng auslegen, wenn es bereits zu gravierenden Schäden gekommen ist und auch das nicht immer.

Diese Unterstützung kommt zu spät. Urteile wirken, wie gesagt, handlungssteuernd. Ärzte sollten nicht zusätzlich die Gelegenheit bekommen, in Form von überflüssigen Eingriffen Patienten zu schädigen. Sie dürfen sich Trickereien bei der Aufklärungspflicht gar nicht erst trauen.

Man stelle sich vor, Gebrauchtwagenhändler feilschten vor Gericht darum, um wieviel sie den Tacho zurückstellen dürfen. Beim Vertrag mit Arzt oder Krankenhaus kann nichts anderes gelten. Wenn es um lebensbedrohliche Erkrankungen geht, wollen wir es vermutlich alle nicht so genau wissen, jeder Patient hat jederzeit das Recht, auf Aufklärung zu verzichten. In allen anderen Fällen ist umfassend aufzuklären, Punkt.

Vielleicht wäre es eine gute Idee, wenn die Krankenkassen versuchen würden, herauszufinden, wie gut Patienten, die einen Eingriff hinter sich haben, tatsächlich über die Risiken aufgeklärt wurden. Ich wage die Prognose, dass dies nicht allzu häufig der Fall sein dürfte. Ich gehe davon aus, dass solch extrem grenzwertiges, manipulatives Verhalten wie in meinem Fall, nicht die Regel ist. Aber ansonsten wedeln Ärzte mit dem Bogen, lassen ihren Charme spielen und behaupten: „Was da drauf steht, passiert alles nicht.“ Bis es doch passiert, dann bekommt der Patient vom Richter zu hören: „Das haben Sie ja gewusst.“

Beiliegende Bögen enthalten teilweise falsche Angaben und sind definitiv verharmlosend, z.B. der Gebärmutterhals werde „schonend gedehnt“ (Diomed, S.1) oder bzgl. der Neigung zu Spätaborten, der banale Satz, der Arzt werde dann eine Cerclage empfehlen (Perimed, S.2). Dieser Eingriff ist hochproblematisch und die Situation stellt eine extreme psychische Belastung für die Schwangere dar. Auch kann keine Rede mehr davon sein, das Ashermann-Syndrom sei „sehr selten“ (Diomed, S.2, Perimed, S.3).

Seriöse Aufklärung müsste meiner Ansicht nach folgende Frage des Arztes an den Patienten zwingend beinhalten: „Was werden Sie über diese Operation denken, wenn Sie die – vielleicht seltene- schwere Folge tatsächlich trifft?“

Z.B. der Fall, den ich „Schulfall für Patientinnen“ nenne (OLG Köln, 2007).

Die schwer Geschädigte bekam ein Schmerzensgeld zugesprochen, weil sie nicht einmal über die Vornahme des Eingriffs, geschweige denn über dessen Risiken informiert worden war. Angenommen, man hätte sie auf die übliche Weise aufgeklärt, dann hätte sie vermutlich

zugestimmt, da man ihr erzählt hätte, die Folge einer Sterilität nach Kürettage sei extrem selten, was nicht der Realität entspricht. Sie hätte nicht einmal ein Schmerzensgeld erhalten.

Die 28 - jährige Patientin leidet an einem vollständigen Verschluss der Gebärmutterhöhle mit Ausbleiben der Regelblutung, ein irreparables Asherman-Syndrom mit kompletter Zervixstenose. Krebsvorsorgeuntersuchungen sind nicht mehr möglich, weshalb vermutlich die Gebärmutter entfernt werden muss. Ihren Kinderwunsch kann die Frau vergessen. Die psychischen Folgen sind gravierend.

Die Frau muss sich sieben Jahre durch zwei Instanzen samt Privatgutachten klagen, bis das OLG Köln ihr eine Schmerzensgeldsumme von 40 000,- Euro zubilligt.

Die Argumentation des Gutachters und der Ärzte muss man sich auf der Zunge zergehen lassen:

Die gleichzeitige Abrasio sei indiziert gewesen. Die Ausschabung habe keine gravierenden Schleimhautschäden verursacht. Ob bei der Klägerin ein Asherman-Syndrom vorliege, sei nicht gesichert. Diese führe auch in der Regel nicht zu einer untherapierbaren Sterilität. Es hätte therapeutisch keine Alternative bestanden. Eine zu scharfe Ausschabung könne nicht zum Ausbleiben der Regelblutung geführt haben. Von einer hypothetischen Einwilligung der Klägerin hätte man ausgehen können.

Der Sachverständige gesteht zu, dass die Ausschabung der Gebärmutter in einem solchen Fall umstritten ist. Die Mehrheit der deutschen Kliniken und auch die in den Lehrbüchern überwiegend vertretene Meinung schabt bei Konisation routinemäßig aus, auch bei jüngeren Frauen. **Deren Kinderwunsch müsse zwar in Rechnung gestellt werden, aber angesichts der Risikoarmheit der Ausschabung einerseits und der Krebsgefahr andererseits sei der Eingriff indiziert gewesen.** Der Sachverständige erläutert, dass mit 90 % Wahrscheinlichkeit der Endometriumsverlust ausgeblieben wäre, hätte man die Ausschabung unterlassen. Bezüglich der restlichen 10% konnte der Sachverständige nicht angeben, was sonst das Asherman-Syndrom abgesehen von der OP hätte auslösen können. Übrigens: Krebs wurde in dem Abradat offensichtlich nicht gefunden.

Wir Patienten sollten nicht auf den Gesetzgeber warten und versuchen, durch **Eigeninitiative** uns selbst zu helfen. Dabei können uns die Krankenkassen unterstützen, hier ziehen Kassen und Versicherte an einem Strang.

Das Internet macht es möglich: Wertvolle Informationen können gesammelt werden, indem man Patienten grundsätzlich zu Eingriffen und Prozeduren befragt. Diese können dann anderen Patienten zur Verfügung gestellt werden. Es gibt solchen Erfahrungsaustausch zwar schon, aber er ist extrem ineffektiv, weil irgendwo im Netz verstreut. Das Ganze sollte zentral gesammelt werden, damit man die nötige Menge an Informationen bekommt, um auch repräsentativ zu sein. Dieser Info- Pool sollte **redaktionell betreut** werden.

Die Krankenkassen sollten Wissenschaftsjournalisten beschäftigen, die keine Mediziner sind. Diese sollten sicherstellen, dass als überflüssig oder schädlich identifizierte Eingriffe rechtzeitig aus dem Verkehr gezogen werden können, indem Datenbanken systematisch durchsucht und die Entwicklungen beobachtet werden. Dies würde erhebliche Kosten sparen, nicht nur die Vergütung für überflüssige Eingriffe, sondern auch die für die Behandlung der daraus entstandenen Schäden.

Mit den erhaltenen Informationen sollte man „alternative Aufklärungsbögen“ entwerfen, auf die die Patienten jederzeit Zugriff haben.

Die Dokumentation im Krankenhaus sollte auch vom Patienten vorgenommen werden, so ist eine Darstellung aus seiner Sicht gewährleistet und Manipulationen durch Ärzte sind nicht mehr so leicht. Dies soll nicht zu mehr Prozessen führen, sondern im Vorfeld bereits unnötige Eingriffe verhindern helfen.

In meinem Fall z.B. ist nirgends dokumentiert, dass ich den Eingriff mehrfach abgelehnt habe und es ist fraglich, ob ich das beweisen können. Es ist kaum zu erwarten, dass Ärzte ihre Schandtaten dokumentieren. Hätte ich selbst auch ein Protokoll angefertigt, wäre es zu der überflüssigen Operation gar nicht erst gekommen.

Am besten entwirft man Formblätter, die die Kliniken auf freiwilliger Basis dem Patienten beim Aufklärungsgespräch aushändigen sollten. Tun sie es nicht, ist der Patient wenigstens gewarnt.

Nur Kontrolle kann Mißbrauch verhindern.