

# Haftungsrisiken bei Aufklärung über postoperative Potenzstörungen

Wird einem Arzt als Patient im Aufklärungsgespräch über eine Operation eine bleibende Potenzstörung als Risiko genannt, muss er – anders als Nichtmediziner – auch eine Zeugungsunfähigkeit als mögliche Folge in Betracht ziehen.

von Antonio Larena-Avellaneda,  
Volkmar Lent und Ernst Jürgen Kratz

Die Haftung des Arztes wegen eines beim Patienten eingetretenen Gesundheitsschadens kann nicht nur aufgrund eines Behandlungsfehlers, sondern – trotz fachgerechter Behandlung – auch infolge eines Aufklärungsversäumnisses begründet sein. Eine wirksame Einwilligung kann nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nur erteilt werden, wenn der Patient im Vorfeld der Behandlung ordnungsgemäß über die Bedeutung und die Tragweite des bevorstehenden Eingriffes aufgeklärt worden ist.

Hinsichtlich des Umfangs, der Intensität und der Genauigkeit der Aufklärung lässt sich als Faustformel aufstellen, dass umso strengere Maßstäbe an die Aufklärung zu stellen sind, je weniger dringend/vital ein Eingriff indiziert ist. Geringere Anforderungen sind an die Aufklärung zum Beispiel dann zu stellen, wenn der Patient – wie im nachstehend geschilderten Fall – mit den Gefahren aufgrund eigenen Berufswissens vertraut ist (*so zuletzt OLG Koblenz, VersR 2010, 629*).

## Sachverhalt

Der 55-jährige Antragsteller, ein praktizierender Facharzt für Gynäkologie, der mit einer wesentlich jüngeren Frau verheiratet ist, litt an einem bioptisch gesicherten, mittelgradig differenzierten Adenokarzinom des Dickdarmes im Bereich des rektosigmoidalen Übergangs. Als mögliche Komplikation des absolut indizierten Eingriffes wurden im Aufklärungsbogen unter anderem bleibende Potenzstörungen infolge einer Nervenschädigung erwähnt. Nach unproblematischer Operation (offe-

ne anteriore Sigmarektumresektion mit Descendorektostomie sowie Lymphadenektomie) stellte sich eine sexualmedizinische Störung in Form einer retrograden Ejakulation bei erhaltenem Erektionsvermögen heraus. Der Antragsteller warf dem behandelnden Arzt vor, die aufgetretene Störung mit der Folge einer Infertilität sei auf eine unsachgemäße Operation zurückzuführen. Man hätte, obwohl es sich um ein Sigmakarzinom handelte, auch Anteile des Rektums unnötig mitreseziert und tiefer abgetragen als notwendig.

Bei der Aufklärung sei im Hinblick auf die möglichen Nervenschädigungen im kleinen Becken lediglich von Potenzstörungen die Rede gewesen. Das betreffe nur Störungen der Erektion, nicht aber die Anejakulation. Über das Risiko einer Infertilität sei er präoperativ nicht aufgeklärt worden, andernfalls hätte er im Vorfeld der operativen Behandlung und im Hinblick auf die nicht abgeschlossene Familienplanung eine Kryokonservierung von Spermien vornehmen lassen.

## Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission hat wie folgt Stellung genommen: Anhand der Lokalisation des Karzinoms im Bereiche des rektosigmoidalen Übergangs sei die offen durchgeführte Sigmarektumresektion mit regionärer Lymphadenektomie im Sinne der erforderlichen Radikalität mit ausreichender Distanz nach oral und aboral kunstgerecht erfolgt, wie auch am Resektat nachzuweisen war.

Die autonomen Beckennerven bestünden aus sympathischen und parasympathischen Fasern. Der Verlust der sympathischen Innervation (Grenzstrang Th12-L3, Plexus hypogastricus) führe beim Mann zu Störungen der Ejakulation, in erster Linie im Sinne einer sogenannten retrograden Ejakulation, eine Komplikation, die nach radikalen Sigma- und Rektumalig-nomoperationen häufig auftrete und eine Impotentia generandi nach sich ziehe – eine Situation, die vor allem bei nicht abgeschlossener Familienplanung problematisch sei. Ob im Rahmen des Aufklärungs-

gesprächs auch der Kinderwunsch angesprochen worden sei, sei aus den Unterlagen nicht zu ersehen.

Dem Operationsbericht sei nicht zu entnehmen, ob der beschuldigte Arzt eine Darstellung und/oder Schonung der sympathischen Nervengeflechte vorgenommen hat. Eine solche Schädigung habe während der Darstellung, Präparation und Versorgung der Arteria mesenterica inferior mit konsekutiver Ablösung des Mesosigma samt Gefäß- und Lymphstrang von den retroperitonealen Strukturen eintreten können und stelle ein eingriffsimmanentes Risiko dar. Ob der nachgewiesene Ausfall des Sympathicus jedoch im direkten Zusammenhang mit dem Operationsakt oder aber postoperativ infolge einer lokalen Infektion oder durch Narbenzüge entstanden sei, lasse sich nicht mit absoluter Bestimmtheit sagen. Anhaltspunkte für einen operationstechnischen Behandlungsfehler seien jedenfalls in diesem Zusammenhang nicht festzustellen.

Der Dokumentation nach sei der Antragsteller über das eingriffsimmanente Risiko von bleibenden Potenzstörungen aufgeklärt worden. Hierunter müssten sowohl die Impotentia coeundi im Sinne des Unvermögens des Mannes, den Geschlechtsverkehr regelrecht zu vollziehen, als auch die Impotentia generandi im Sinne der Zeugungsunfähigkeit oder Sterilität des Mannes verstanden werden. Dieser umfassende Hinweis auf Störungen der sexuellen Funktion sei nicht nur auf die Möglichkeit von Erektionsstörungen zu beziehen gewesen, sondern habe von dem Antragsteller – als Arzt – auch dahin verstanden werden müssen, dass es zum Verlust der Ejakulationsfähigkeit kommen könne.

Behandlungsfehler oder Aufklärungsmängel seien deshalb nicht festzustellen.

**Professor Dr. med. A. Larena-Avellaneda** ist Stellvertretendes Geschäftsführendes, **Professor Dr. med. V. Lent** ist korrespondierendes Mitglied und Vizepräsident des Oberlandesgerichts a. D. **E. J. Kratz** ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.