

Sachverhalt:

Die 1959 geborene Klägerin, die entsprechend ihrem damaligen phenotypischen Erscheinungsbild als Junge aufwuchs, begab sich seit 1976 in das Krankenhaus N zur Behandlung. Zuvor war in einem anderen Haus ein Kryptorchismus diagnostiziert worden. Bei der anschließenden Untersuchung waren jedoch weder im Hodensack noch in der Leistengegend Hoden tastbar. Bei der operativen Exploration fand man ein ovarförmiges Gebilde mit Fimbrim. Die histologische Untersuchung einer Probeentnahme ergab Tuben, Ovar und Nebenhoden bzw. ein Kanälchensystem, das einem Nebenhoden entspreche. Der Klägerin wurde daraufhin der Befund der Eierstöcke mitgeteilt mit der Einschätzung, dass sie „zu 60 %“ eine Frau sei. Eine ebenfalls 1976 erstellte Chromosomenanalyse ergab eine normale weibliche Chromosomensituation. Hiervon erfuhr die Klägerin nichts. Sie entschied sich zur operativen Anpassung an ihr phenotypisch männliches Erscheinungsbild. Der Eingriff erfolgte durch den Beklagten. Geplant war hier die Durchführung einer Testovarektomie. Nach der histologischen Untersuchung des entfernten Gewebes konnte männliches Keimdrüsengewebe in Form eines Testovars nicht nachgewiesen werden.

Entscheidung:

Die im Jahr 2007 erhobene Klage auf Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 100.000 € hatte dem Grunde nach Erfolg. Die Berufung der Beklagten hatte hingegen keinen Erfolg. Der durchgeführte Eingriff sei rechtswidrig gewesen, da er von der erteilten Einwilligung nicht mehr gedeckt sei. Der durchführende Arzt könne sich auch nicht mehr auf den Grundsatz der Arbeitsteilung und dem damit korrespondierenden Vertrauensschutz berufen. Der Grundsatz, dass der Arzt sich im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung auf die Indikation und ordnungsgemäße Aufklärung des zuweisenden Arztes verlassen dürfe, findet dort seine Grenze, wo gewichtige Bedenken gegen das diagnostische oder therapeutische Vorgehen des überweisenden Arztes bestünden. Anhaltspunkte für Zweifel an der Ordnungsgemäßheit der Behandlung und Aufklärung habe demnach auch der hinzugezogene Arzt nachzugehen. Denn würden solche Zweifel vorliegen, bliebe

kein Raum für ein etwaiges Vertrauen. Er beteilige sich dann schuldhaft an einem rechtswidrigen Eingriff.

Intraoperativ zeigte sich bei dem hier maßgeblichen Eingriff eine normale weibliche Anatomie mit präpuberalem Uterus, normal mit großen Ovarien. Somit zeigte sich intraoperativ ein erheblich anderes Bild als nach den Vorbefunden erwartet worden sei. Auch ein Testovar, weswegen die Operation nach dem Anästhesiebericht durchgeführt werden sollte, und das der Beklagte habe entfernen wollen, sei nicht gefunden worden. Habe der Beklagte demzufolge erkennen müssen, dass der intraoperative Befund sich essentiell anders darstelle als angenommen, so habe er auch Zweifel daran haben müssen, dass die von der Klägerin erteilte Einwilligung in die Operation die Entfernung sämtlicher und ausschließlich vorhandener weiblicher Genitalien decken würde. Ihm könne nach den Grundsätzen der horizontalen Arbeitsteilung der Einwand der Rechtsgültigkeit nur dann nicht entgegengehalten werden, wenn er auf eine ordnungsgemäße Aufklärung vertrauen dürfe, sei dieses Vertrauen, wie hier durch den intraoperativen Befund, erschüttert, trage er die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit seines Eingriffs. Dem stünde auch nicht entgegen, dass der den Eingriff veranlassende und die Diagnose stellende Arzt intraoperativ anwesend sei. Dafür, dass der Beklagte sich etwa bei diesem Arzt intraoperativ vergewissert habe, ob die Reichweite der Einwilligung für den hier maßgeblichen Eingriff ausreichend sei, sei nichts ersichtlich.