

Der **K** litt an Divertikulose des Dickdarms mit mehreren Entzündungsschüben, weshalb er sich am 15. Februar 2006 in der Krankenanstalt **H** des Bundeslandes **B** einem medizinisch indizierten, laparoskopisch begonnenen operativen Eingriff zur Entfernung der Divertikel unterzog.

Oberarzt O, der den **K** operierte, hatte zuvor etwa 200 Dickdarmoperationen, davon fünf laparoskopische Darmresektionen, und viele andere laparoskopische Eingriffe (mehrheitlich Gallenblasenoperationen) durchgeführt. Seine Entscheidung zum laparoskopischen Eingriff am **K** war aufgrund seiner Erfahrung und auch in Anbetracht des Umstands, dass man die Technik erst nach 40 bis 50 gleichartigen Eingriffen vollkommen beherrscht, aus medizinischer Sicht gerechtfertigt und zum Vorteil des Patienten, weil bei einem beleibten Patienten wie dem **K** im Gegensatz zur klassischen Methode (Laparotomie = „offenes Vorgehen“) nur kleine Bauchschnitte gesetzt werden müssen und damit Nachteile wie Wundinfektionen und Bruchbildung verhindert werden können. Bereits sechs Wochen vor der Operation hatte der **Oberarzt O** dem **K**, der sich über die Operationsmethoden schon informiert hatte und laparoskopisch operiert werden wollte, diese Methode und einen möglichen intraoperativen Verfahrenswechsel zur Laparotomie erklärt, ohne ihn über die Anzahl der von ihm laparoskopisch durchgeführten Operationen zu informieren. Am Tag vor der Operation erteilte der **K** schriftlich seine Einwilligung in die Operation. Der operierende **Oberarzt O** hatte die von ihm lege artis durchgeführte laparoskopische Operation nahezu beendet, als er bei Stillung einer darmnahen Blutung mittels höchstfrequentem Ultraschall eine Darmwand verletzte und - gemäß den Regeln der ärztlichen Kunst - die Operation im offenen Verfahren fortsetzte, um - lege artis - das Leck zu übernähen und die Bauchwunde zu verschließen.

Bis zwei Tage nach der Operation (17:30 Uhr) zeigten sich in der Nachbehandlung des Klägers keine Hinweise auf Komplikationen. Am Folgetag um 4:30 Uhr erlitt der **K** eine Schmerzattacke, mit der das Auftreten eines Lecks (im Bereich der Übernähung war die Naht gebrochen) verbunden war; in den Bauchraum austretender Darminhalt verursachte eine Bauchfellentzündung. **Oberarzt O** führte ohne medizinisch vorwerfbare Zeitversäumnis nach Aufklärung des Klägers über den durchzuführenden Eingriff und über einen allenfalls erforderlichen künstlichen Darmausgang kunstgerecht eine Revisionsoperation mit Anlage eines künstlichen Darmausgangs durch, die geeignet war, das Leck im Darm endgültig zu verschließen und die Bauchfellentzündung zu beherrschen.

Nach verzögerter, aber kontinuierlicher Verbesserung seines Allgemeinzustands zeigte der **K** fünf Tage nach der Zweitoperation als aus seinem After austrat. Diese Nachblutungen waren sehr seltene, mit einer Wahrscheinlichkeit von 2 % auftretende Anastomoseblutungen (typische Komplikationen bei Darmoperationen), deren Auftreten keinen Bedienungsfehler des Klammernahtgeräts und keine andere fehlerhafte chirurgische Handlung voraussetzt. Als der **K** am nächsten Tag um 0:30 Uhr einen neuerlichen Blutabgang hatte, führte der Abteilungsleiter am **K** eine Darmspiegelung durch, in deren Verlauf er eine Blutung an der beim Ersteingriff angelegten Dickdarmverbindung feststellte, die er mit Unterspritzung und mit einem Metallclip stillte. Ohne diesen Eingriff wäre eine dritte Operation erforderlich gewesen.

Der **K** begehrte 30.000 EUR sA Schadenersatz und die Feststellung der Haftung für alle zukünftigen Schäden aus der Behandlung beim **B**. Die Ärzte hätten den **K** nicht über die Risiken der Laparoskopie aufgeklärt, in deren Kenntnis sich der **K** für die konventionelle Methode (Laparotomie) entschieden hätte. Der **Oberarzt O** habe dem **K** überdies nicht auf seine mangelnde Erfahrung mit der beabsichtigten Operationsmethode hingewiesen. Zwei Tage vor der Operation habe der Abteilungsleiter gegenüber dem **K** bemerkt:

„Ein paar laparoskopische Operationen haben wir ja schon gemacht.“

1) Prüfen Sie die Ansprüche des **K**. Gegen wen kann ervorgehen und sind die Ansprüche berechtigt.

2) Muss ein Patient darüber aufgeklärt werden, wieviele Operationen ein Arzt bereits durchgeführt hat und wieviel Erfahrung er mit einer bestimmten Methode hat?