

Reinhard Dettmeyer und Burkhard Madea

## Zur Aufklärungsproblematik bei geplanten intraoperativen Schnellschnitt-Untersuchungen und intraoperativen Zufallsbefunden mit Operationserweiterung

Intraoperative Gewebesenahmen mit sofortiger Untersuchung (Schnellschnittverfahren) sind Routine im klinischen Alltag. Problematisch ist, daß sich die Aufklärung des Patienten auf die Konsequenzen eines intraoperativen Schnellschnitt-Befundes beziehen muß, dessen Ergebnis beim präoperativ geführten Aufklärungsgespräch weder dem Arzt noch dem Patienten bekannt ist. Anders die Situation bei intraoperativen Zufallsbefunden, bei denen naturgemäß eine präoperative Aufklärung nicht gegeben ist. Für die Praxis stellt sich die Frage nach der Qualität der präoperativen Aufklärung, um das Haftungsrisiko des Operateurs zu verringern.

### I. Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht

Anforderungen an Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärung werden hergeleitet aus den Grundrechten, berufsrechtlichen Normen, dem Arzt-Patient-Vertrag sowie aus Einzelfallentscheidungen der Gerichte<sup>1</sup>. Dabei gilt:

1. Die ärztliche Aufklärungspflicht gehört zu den Hauptpflichten aus dem Behandlungsvertrag (Dienstvertrag i.S.d. §§ 611 ff. BGB<sup>2</sup>) und ist festgeschrieben in § 8 MBO<sup>3</sup> für die deutschen Ärzte sowie in den Berufsordnungen der Ärztekammern<sup>4</sup>.

2. Grundlage ist die im Grundgesetz – Art. 1 I, Art. 2 II S. 1 GG – verankerte Achtung der Würde und der Freiheit des Menschen, seines Rechtes auf Leben und körperliche Unversehrtheit<sup>5</sup>. Das hieraus ableitbare Selbstbestimmungsrecht des Patienten gebietet, ihn durch ärztliche Aufklärung mit allen Informationen zu versorgen, die er braucht, um „Art, Bedeutung und Tragweite“ des vorgesehenen Eingriffs zu erfassen<sup>6</sup>.

3. Ein ärztlicher Eingriff ist tatbestandlich eine Körperverletzung i.S.d. §§ 223, 230 StGB sowie 823 BGB<sup>7</sup>. Erst durch die ärztliche Aufklärung mit nachfolgender rechtswirksamer Einwilligung des Patienten ist der Eingriff nicht rechtswidrig sondern gerechtfertigt<sup>8</sup>.

4. Die Aufklärung muß rechtzeitig erfolgen, auch wenn eine Aufklärung kurz vor dem Eingriff nicht zwangsläufig zur Unwirksamkeit der Einwilligung führen muß<sup>9</sup>. Entscheidend ist, daß der Patient Gelegenheit bekommt, sich innerlich frei zu entscheiden<sup>10</sup>. Aufklärung und Einwilligung bedürfen nicht zwingend der Schriftform.

5. Die Aufklärung muß der behandelnde Arzt persönlich vornehmen<sup>11</sup>.

6. Ein Aufklärungsverzicht muß explizit erklärt werden und bezieht sich nur auf den im Zeitpunkt der Abgabe der Verzichtserklärung für den Patienten absehbaren Rahmen der Behandlung<sup>12</sup>.

7. Stellt der Patient keine Fragen, so wird eine Aufklärung „im großen und ganzen“ für ausreichend gehalten<sup>13</sup>. Ohne Rückfragen soll im Einzelfall offenbar ein vom Patienten unterzeichneter eingehender Aufklärungsbogen ohne Aufklärungsgespräch für eine wirksame Einwilligung in die Operation ausreichen<sup>14</sup>.

Dr. med. Dr. iur. *Reinhard Dettmeyer* und  
Prof. Dr. med. *Burkhard Madea*,  
Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn,  
Stiftsplatz 12, D-53111 Bonn

- 1) Zu letzterem explizit BGH, NJW 1981, 1322, 1323: „Der Senat teilt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die höchstrichterliche Auffassung, daß die Festlegung des Umfangs der Aufklärung eine allein von den Gerichten zu beurteilende Rechtsfrage ist und nicht dem freien Ermessensspielraum des behandelnden Arztes unterliegt.“
- 2) Vgl. BGH, NJW 1980, 1452, 1453; BGH, NJW 1984, 1807; *Schaffer*, VersR 1993, 1458 ff.; *Schlegelmilch*, in: *Geigel*, Der Haftpflichtprozeß, 20. Aufl. 1990, S. 945; *Palandt-Putzo*, BGB, 57. Aufl. 1998, Vorb. § 611, Anm. 2a bb.
- 3) (Muster-) Berufsordnung i.d.F. der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages, DÄBl. v. 12. 9. 1997, Heft 37; vgl. zu § 2 MBO i.d.F. des 98. Deutschen Ärztetages, die „Empfehlungen zur Patientenaufklärung“ in: DÄBl. v. 19. 4. 1990, Heft 16.
- 4) So z. B. in § 2 der Berufsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe v. 23. 4. 1994 i.d.F. der Bekanntmachung v. 17. 7. 1995 (MBl. NW 1995, S. 938 ff.): „Ärztinnen und Ärzte haben das Selbstbestimmungsrecht ihrer Patientinnen und Patienten zu achten. Die Behandlung bedarf der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Behandlung hat grundsätzlich eine Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.“; s. auch *Eb. Schmidt*, Verhandlungen zum 44. DJT, Hannover 1962, Bd. 1, S. 33.
- 5) BVerfG, NJW 1979, 1925; vgl. *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.), Handb. d. Arztrechts, 1992, § 61, Rdnr. 14.
- 6) BVerfG, VersR 1979, 907, 913 ff. = NJW 1979, 1925, 1929 ff.; BGH, VersR 1954, 496 = NJW 1956, 1106; BGHZ 29, 46 = NJW 1959, 811; BGH, NJW 1976, 365.
- 7) Seit den straf- bzw. zivilrechtlichen Leitentscheidungen RGSt 25, 375 von 1894 und RGZ 68, 431 von 1908; übernommen in BGHSt 11, 111 – „Myom-Fall“ = NJW 1958, 267, seither std. Rspr.; ebenso LG Düsseldorf, NJW 1961, 2064.
- 8) Vgl. BGHZ 29, 46, 54; BGHZ 29, 176, 180; BGH, NJW 1971, 1887; BGH, NJW 1988, 2946; *Rieger*, Lexikon des Arztrechts, 1984, Rdnr. 253; *Palandt-Putzo* (Fn. 2), § 823, Anm. 6 B I; *Schäfer* (1985), in: *Staudinger*, BGB, 12. Aufl., § 823, Rdnr. 21 f., 429; *Nüßgens* (1989), in: RGRK/BGB, 12. Aufl., § 823 Anh. II, Rdnr. 67 f.; *Zeuner*, in: *Soergel*, BGB, Bd. 4, 11. Aufl. 1985, § 823, Rdnr. 17, 200; *Heilmann*, NJW 1990, 1513, 1516.
- 9) Nach BGH, MedR 1992, 277 = NJW 1992, 2351 = VersR 1992, 960 = JZ 1993, 315, soll die Aufklärung mindestens einen Tag vorher erfolgen.
- 10) BGH, VersR 1954, 98, 99; zur praktischen Bedeutung der differenzierteren Betrachtung des BGH bzgl. des Zeitpunkts der ärztlichen Aufklärung im Hinblick auf das Haftungsrisiko des Arztes s. *Wertenbruch*, MedR 1995, 306 ff.; im Grundsatz wie der BGH: *Laufs*, Arztrecht, 3. Aufl. 1984, Rdnr. 154; *Schlegelmilch*, in: *Geigel* (Fn. 2), S. 380.
- 11) BGH, VersR 1969, 488; VersR 1985, 362; *Jungbecker*, MedR 1990, 173, 174; *Laufs* (Fn. 10), Rdnr. 152; OLG Oldenburg, VersR 1992, 1005; zur Aufklärungspflicht des nicht operierenden Arztes: BGH, NJW 1980, 1905, mit krit. Anm. *Schünemann*, NJW 1980, 2753.
- 12) BGHZ 29, 46 = VersR 1959, 153; OLG Frankfurt, NJW 1973, 1415; BGH, NJW 1973, 556, 558; *Robner*, NJW 1990, 2291 ff.; *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.) (Fn. 5), § 64, Rdnr. 18; *Ulsenheimer*, Gynäkologe 1995, 117–123.
- 13) Vgl. BGH, VersR 1973, 244 = NJW 1973, 556; OLG Oldenburg, VersR 1992, 1005; dazu *Schaffer*, VersR 1993, 1458, 1462.
- 14) So offenbar OLG München, VersR 1993, 752; der in diesem Urteil offenbar geduldete Verzicht auf ein ausdrückliches zusätz-

8. Die Aufklärung muß therapeutisch gleichwertige Alternativen umfassen<sup>15</sup>. Je gravierender der ärztliche Eingriff, umso höher die Anforderungen an die Aufklärung. Dabei muß diese auch extrem geringe Risiken eines Eingriffs erfassen, Risikostatistiken sollen für die Frage der Aufklärungspflicht nur von geringem Wert sein<sup>16</sup>. Auf jeden Fall müßten auch seltenere „eingriffstypische“ Risiken erwähnt werden<sup>17</sup>.

9. Auch die Rechtsprechung hat keine allgemeingültigen Grundsätze aufstellen können<sup>18</sup>. Die Aufklärungspflicht besteht besonders dringlich in Fällen, in denen ein diagnostischer Eingriff erst die notwendige Klarheit schaffen soll, ob eine Erkrankung im Einzelfall vorliegt<sup>19</sup>.

Die denkbaren Konsequenzen einer intraoperativen Schnellschnitt-Untersuchung sind vor dem Hintergrund der dargelegten Anforderungen an die ärztliche Aufklärung so bedeutsam, daß diese Fragen in jedem Falle Inhalt des Aufklärungsgesprächs sein müssen.

## II. Die intraoperative Schnellschnitt-Untersuchung

Die Schnellschnitt-Untersuchung (syn.: Gefrierschnittverfahren, Kryostatschnittverfahren) ist ein chirurgischer Eingriff zur Entnahme einer Gewebsprobe und eine diagnostische Maßnahme zur Klärung der Dignität (Gut- oder Bösartigkeit) des Gewebes:

Der Operateur entnimmt eine suspekta Gewebeprobe. Diese wird in das Labor des Pathologen verbracht. Dort werden repräsentative Anteile des Gewebes im Gefrierschnittverfahren aufgearbeitet und nun auch mikroskopisch begutachtet. Das Ergebnis wird dem Operateur persönlich telefonisch vom Pathologen selbst mitgeteilt<sup>20</sup>.

Die Schnellschnitt-Untersuchung ist eine anerkannte Methode zur Beurteilung der Dignität des frisch entnommenen Gewebes<sup>21</sup>. In Abhängigkeit vom Ergebnis der Untersuchung wird das weitere chirurgische Vorgehen festgelegt. Der Operateur soll den Patienten zumindest über die Möglichkeit der Schnellschnitt-Diagnostik aufklären, auch wenn er selbst dieses Verfahren nicht anwendet<sup>22</sup>.

Fall 12<sup>3</sup>:

Bei der 1938 geborenen Klägerin wurde nach einer Probeexzision im Februar 1975 an drei Stellen der linken Brust ein Carcinoma lobulare in situ festgestellt. In den Jahren bis 1983 ergaben Kontrolluntersuchungen keine Anzeichen für Malignität. Im Oktober 1983 wurden neu aufgetretene Zysten festgestellt, deren histologische Abklärung für erforderlich gehalten wurde. Angesichts der Vorgeschichte wurde eine subkutane Mastektomie mit Drüsenkörperersatz erwogen. Am 19. 12. 1983 führte der Beklagte eine beiderseitige Mastektomie mit subpectoralem plastischem Wiederaufbau der Drüsenkörper durch. Die Klägerin machte geltend, mit ihr sei eine Probeexzision aus der linken Brust mit anschließender histologischer Untersuchung und je nach deren Ausgang ggf. eine subkutane Mastektomie mit plastischem Wiederaufbau abgesprochen gewesen. Tatsächlich wurde jedoch – unstrittig – die weitergehende beiderseitige Mastektomie ohne vorherige Schnellschnitt-Untersuchung durchgeführt und zudem das bei der Operation entnommene Gewebe nicht histologisch untersucht, da dieses verloren gegangen sei.

Hier sollte nach dem Aufklärungsgespräch das weitere Vorgehen ausdrücklich vom Ergebnis der Schnellschnitt-Untersuchung abhängig sein. Ohne eine solche Untersuchung entfällt die Entscheidungsgrundlage sowohl für das medizinisch indizierte Procedere als auch für eine selbstbestimmte Entscheidung der Patientin insbesondere hinsichtlich alternativer therapeutischer Maßnahmen. Bei der Aufklärung ist die Situation der Schnellschnitt-Diagnostik zu berücksichtigen: Arzt und Patient müssen sich präoperativ über ein Vorgehen verständigen, welches abhängig ist von einem nicht sicher prognostizierbaren Ergebnis der intraoperativen Schnellschnitt-Untersuchung. Zu fragen ist, welchen Anforderungen die Aufklärung genügen muß, damit der Operateur intraoperativ eine Entscheidung treffen kann, die ei-

nerseits die Schnellschnitt-Diagnose berücksichtigt, andererseits aber von der Einwilligung des Patienten gedeckt ist. Die Indikation für eine intraoperative Schnellschnitt-Untersuchung kann sich ergeben

- aufgrund vorangegangener diagnostischer Befunde, deren Abklärung für das weitere therapeutische Vorgehen von Bedeutung ist, und
- aufgrund eines erst intraoperativ suspekten Befundes (Zufallsbefund).

Nur im ersten Fall wird es zu einer präoperativ *geplanten* Gewebeentnahme mit Schnellschnitt-Untersuchung kommen, nur in diesem Fall kann das evtl. medizinisch gebotene weitere operative Vorgehen Gegenstand des Aufklärungsgesprächs sein.

### 1. Der präoperativ geplante intraoperative Schnellschnitt

Bei gegebener Indikation wird der Arzt eine Schnellschnitt-Untersuchung empfehlen, damit dem Patienten die Risiken einer zweiten Narkose und Operation erspart bleiben (Thromboserisiko, Infektionsgefahr etc.), und es soll die sofortige medizinisch gebotene chirurgische Therapie des Befundes ermöglicht werden. Weiter vorteilhaft ist die Minimierung des Risikos einer Streuung eventuell verbliebener maligner Tumorzellen zwischen der Erst- und der ggf. erforderlichen Zweitoperation<sup>24</sup>.

### 2. Die nicht geplante intraoperative Schnellschnitt-Untersuchung

Präoperativ haben sich hier keine Hinweise auf einen malignitätsverdächtigen Befund ergeben, während der Operation werden aber suspekta Veränderungen eines Gewebes angetroffen.

liches Aufklärungsgespräch steht allerdings im Widerspruch zu der Rechtsprechung des BGH und anderer OLG'e; vgl. Anm. *Schlund* zu diesem Urteil, VersR 1993, 752/753.

- 15) BGH, MedR 1988, 145; OLG Düsseldorf, VersR 1989, 191; OLG Düsseldorf, NJW 1986, 2373; *Schlund*, MedR 1994, 190.
- 16) BGH, NJW 1994, 3012; dazu sehr krit. Anm. von v. *Mühlendal*, NJW 1995, 3043.
- 17) BGH, NJW 1994, 793; BGH, NJW 1991, 2344 = VersR 1991, 812, 813.
- 18) *Schaffler*, VersR 1993, 458, 459; KG, VersR 1979, 260, 261, weist auf die Vielschichtigkeit der Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärung hin und daß diese einem Nichtjuristen nicht ohne weiteres verständlich sei.
- 19) *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.) (Fn. 5), § 62, R.dnr. 3; BGH, VersR 1954, 98, 99; LG Memmingen, VersR 1982, 585.
- 20) *Hermanek/Bünthe*, Die intraoperative Schnellschnitt-Untersuchung. Methoden und Konsequenzen, 1972, S. 157.
- 21) Vgl. *Remmele*, in: *Remmele* (Hrsg.), Pathologie, Bd. 1, 1984, S. 29; *Hermanek/Bünthe* (wie Fn. 20); *Hermanek*, Pathologie 1981, 53 f.; *Dold/Maurer*, Retrospektive Analyse von 1064 Schnellschnitt-Untersuchungen zur Qualitätskontrolle, Pathologie 1990, 215–219; danach ist die Fehlerquote der Schnellschnitt-Diagnose nach unterschiedlichen Studien bei ca. 0,3 % bis 3 % anzusetzen; ferner: *Baumann/Moret*, Gewichtete Kappa Statistik für die Messung der Übereinstimmung von Schnellschnittdiagnosen, Verh. Dtsch. Ges. Path. 1996 (80), 612; *Barth/Ramaswamy/Bittinger*, Ergebnisse der intraoperativen Schnellschnittuntersuchung pelviner Lymphknoten und prostatischer Resektionskanten bei 450 radikalen Prostataektomien, Verh. Dtsch. Ges. Path. 1996 (80), 647; zur Vorgehensweise im Unterschied zum zweizeitigen Vorgehen bei der Parafin-Serienschnittuntersuchung: *Wertenbruch*, MedR 1993, 457.
- 22) Dazu: *Wertenbruch*, MedR 1993, 457 ff.
- 23) BGH, MedR 1992, 275 ff. = NJW 1992, 2354 f.
- 24) Dazu: *Hermanek/Bünthe* (Fn. 20), S. 154; daß die Gefahr einer operativ bedingten Verschleppung von Tumorzellen besteht, ergibt sich auch aus Berichten über Tumorzellverschleppungen nach Punktionen und endoskopisch ausgeführten Operationen, siehe: *Günter/Grabenbauer/Cidlinsky/Heyder/Hahn*, DMW 1992, 88 ff.; auch die Rechtsprechung sieht in der Gefahr einer Streuung von Tumorzellen aus einem „anoperierten“ Tumor ein gewichtiges Argument für die Fortsetzung einer Operation, s. LG Mannheim, VersR 1981, 761, 762; OLG Frankfurt, NJW 1981, 1322, 1324.

Fall 2<sup>25</sup>:

Bei einer Patientin sollte an der Schilddrüse ein präoperativ als solches eingestuftes benignes sog. autonomes Adenom operativ entfernt werden. Intraoperativ stellte sich das Gewebe dem Operateur als malignitätsverdächtig dar, er ordnete eine zuvor nicht geplante Schnellschnitt-Untersuchung an. Der Pathologe teilte mit, es liege ein „hoch entdifferenziertes Malignom“ vor. Daraufhin wurde die Schilddrüse vollständig entfernt. Die endgültige Diagnose ergab einen gutartigen Befund<sup>26</sup>.

Bei Zufallsbefunden kommt eine präoperative Aufklärung naturgemäß nicht in Betracht. Eine prophylaktische Aufklärung für den unwahrscheinlichen Fall eines malignitätsverdächtigen Befundes kann bei den insgesamt seltenen Zufallsbefunden kaum verlangt werden<sup>27</sup>.

### III. Fallkonstellationen bei der intraoperativen Schnellschnitt-Untersuchung

Präoperativ müssen Arzt und Patient hypothetisch bestimmte Ergebnisse der Schnellschnitt-Untersuchung unterstellen und die sich jeweils ergebenden Konsequenzen besprechen.

#### 1. Die Schnellschnitt-Untersuchung ergibt einen benignen Prozeß

Die Aufklärung des Patienten sollte neben den bei chirurgischen Eingriffen üblichen Komplikationen wie Nachblutung, Infektionsgefahr, Narbenbildungen etc. im Einzelfall diejenigen gutartigen Befunde umfassen, bei denen sich – z. B. wegen ihrer Größe oder Lokalisation – sofortige operative Konsequenzen ergeben können.

#### 2. Die Schnellschnitt-Untersuchung bestätigt den Verdacht eines malignen Tumors

Hier kann ein weniger radikaler Eingriff je nach Größe, Lokalisation und Art des malignen Tumors, Alter und Allgemeinzustand des Patienten etc. indiziert sein. Angesichts des ungewissen Ausgangs der Schnellschnitt-Untersuchung muß die Aufklärung auch den denkbar weitreichendsten Eingriff umfassen, da sonst die Operationserweiterung rechtswidrig wäre, weil nicht von der rechtfertigenden Einwilligung des Patienten umfaßt. Dies gilt auch, wenn der erweiterte Eingriff medizinisch unstrittig indiziert ist<sup>28</sup>. Problematisch ist ein Rückgriff auf die Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung. Die früher<sup>29</sup> eher restriktive Rechtsprechung des BGH zur Zulässigkeit von Operationserweiterungen hat sich geändert. Nun soll selbst dann, wenn der Operateur trotz präoperativer Möglichkeit die Einwilligung des Patienten fahrlässig nicht eingeholt hat, der Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung nicht unbedingt entfallen<sup>30</sup>. Demgegenüber kommt bei geplanten Schnellschnitt-Untersuchungen der Rückgriff auf die Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung schon deshalb nicht in Betracht, weil der Operateur präoperativ auf die im Rahmen der Schnellschnitt-Diagnostik naheliegende Möglichkeit eines malignen Befundes mit der Notwendigkeit einer erweiterten Operation hinweisen und eine Einwilligung des Patienten hätte einholen können. Zwar soll allein entscheidend sein, ob die Voraussetzungen der mutmaßlichen Einwilligung in dem Augenblick gegeben sind, in dem sich intraoperativ die Frage stellt, ob der von der erteilten Einwilligung nicht mehr gedeckte Eingriff vorgenommen werden soll oder nicht. Dies kann sich jedoch nur auf jene Situation beziehen, in der sich ein operationspflichtiger Zufallsbefund ergibt<sup>31</sup>. Ohne detaillierte Aufklärung vor einer geplanten Schnellschnitt-Untersuchung befindet sich der Operateur in einer „juristisch ausgeweglosen Situation“<sup>32</sup>.

– Die Erweiterung der Operation würde ohne rechtfertigende Einwilligung des Patienten erfolgen, wäre also rechtswidrig. Nunmehr auf die Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung zurückgreifen zu wollen, obwohl das

Ergebnis der Schnellschnitt-Untersuchung als durchaus naheliegend präoperativ vorhersehbar war, hieße die Aufklärungspflicht des Operateurs zu unterlaufen.

– Bricht der Operateur die Operation ab, so kann ihn der Vorwurf mangelnder Aufklärung treffen, da nun eine für den Patienten risikobehaftete zweite Narkose und Operation erforderlich werde und auch eine zwischenzeitliche Verschlimmerung möglich sei.

#### 3. Die Schnellschnitt-Untersuchung ergibt präcanceröse Veränderungen (Carcinomvorstufen)

Auch die Diagnose einer Carcinomvorstufe kann dazu führen, daß eine weitergehende Operation medizinisch indiziert ist:

Fall 3<sup>33</sup>:

Eine 62jährige Patientin klagte über postmenopausale Blutungen. Der Gynäkologe führte bei der narkotisierten Patientin eine Ausschabung (Abrasio) durch und schickte das Gewebe zur Schnellschnitt-Untersuchung. Der Pathologe diagnostizierte eine präcanceröse adenomatöse Hyperplasie Grad II–III (Carcinomvorstufe), jedoch kein Carcinom. Der Gynäkologe hatte mit der Patientin präoperativ besprochen, im Falle eines malignen Befundes solle unmittelbar eine Uterusentfernung durchgeführt werden. Bei einem gutartigen Befund werde es außer der Abrasio keine weiteren operativen Maßnahmen geben. Die Möglichkeit, daß sich im Schnellschnitt eine präcanceröse Veränderung (Carcinomvorstufe) finden könnte und wie dann zu verfahren sei, wurde nicht erörtert. Die telefonisch gestellte Frage, was er denn nun machen solle, konnte der Pathologe auch nicht beantworten. Einig waren sich beide, daß angesichts des Alters der Patientin auch bei einer adenomatösen Hyperplasie Grad II–III eine Hysterektomie medizinisch indiziert ist<sup>34</sup>.

Im Regelfall wurde präoperativ vereinbart, daß bei einem nicht eindeutigen Befund die Operation beendet und das nach etwa drei Tagen vorliegende endgültige Ergebnis abgewartet wird. Bei der seltenen späteren Darstellung des suspekten Gewebes als maligner Tumor ist der Vorteil des einzeitigen Vorgehens mit Schnellschnitt-Untersuchung zwar nicht mehr gegeben, denn damit ist i. d. R. eine erneute und nunmehr weiterreichende Zweit-Operation medizinisch geboten, aber das Risiko einer nochmaligen Narkose und einer zwischenzeitlichen Verschleppung malignen Tumorzellen ist in diesem Fall angesichts der relativ hohen diagnostischen Sicherheit der Schnellschnitt-Diagnostik als zumutbar hinzunehmen. Bei dem Nachweis präcanceröser Veränderungen sind jedoch u. U. therapeutische Alternativen gegeben. Carcinomvorstufen können

25) LG Mannheim, VersR 1981, 761.

26) Chronische Thyreoiditis im Sinne einer Struma lymphomatosa Hashimoto.

27) In diesem Sinne wohl auch OLG Frankfurt, NJW 1981, 1322, 1323: danach würde es zu einer „Überspannung und Ausuferung der Aufklärungspflicht“ führen, wenn auch noch über die nur „theoretische Möglichkeit“ für das Vorhandensein eines malignen Tumors aufgeklärt werden müßte.

28) BGHSt 11, 111 – „Myom-Fall“.

29) BGH, NJW 1977, 337.

30) BGH, MedR 1988, 248.

31) So lag auch der Fall BGH, MedR 1988, 248: erst intraoperativ ergab sich ein Befund, der nach Ansicht der Operateure sofortige weitere operative Konsequenzen erforderte (Eileiterunterbrechung nach Kaiserschnitt-OP zur Vermeidung einer aus medizinischer Sicht lebensbedrohlichen erneuten Schwangerschaft).

32) Ebenso Wertebuch, MedR 1993, 457, 461, unter Hinweis auf BGHSt 11, 111 – „Myom-Fall“.

33) Aus der Praxis eines niedergelassenen Pathologen mit ländlichem Einzugsgebiet.

34) Die adenomatöse Hyperplasie Grad III führt insbesondere bei anhaltend hohem Östrogenspiegel im Blut „früher oder später“ zur Entwicklung eines Uteruscarcinomes (Dallenbach-Hellweg, in: Remmele (Hrsg.), Pathologie, Bd. 3, 1984, S. 254). Dieses Risiko sowie ständige engmaschige Kontrollen und auch die psychische Belastung entfallen nach einer Uterusentfernung (Hysterektomie).

bei konservativer Therapie eine engmaschige diagnostische Überwachung des Lokalbefundes, u. U. auch weitere kontrollierende Gewebentnahmen erfordern. Ob der Patient das Risiko eines späteren Überganges in ein Carcinom (sog. Konversionsrisiko) und regelmäßige Kontrollen auf sich nehmen will oder eine chirurgische Therapie vorzieht, muß er selbst entscheiden können. Das weitere therapeutische Vorgehen bei diesen präcancerösen Veränderungen muß daher auch Gegenstand des präoperativen Aufklärungsgesprächs sein. Da es in diesen Fällen eine medizinisch eindeutig „richtige“ oder „falsche“ Therapie nicht gibt, ist für das weitere Vorgehen eine echte Alternativentscheidung möglich. Das OLG Düsseldorf<sup>55</sup> verlangte bei bereits nachgewiesener präcanceröser Mastopathie eine Aufklärung der Patientin über die Möglichkeit einer konservativen Therapie (Gabe von Klimomycin, regelmäßige mammographische Kontrollen, Exstirpation weiterer auftretender Knotenbildungen) als Alternative zu einer subcutanen Mastektomie. Insofern erscheint es konsequent, für den Fall, daß die Schnellschnitt-Untersuchung (wiederholt) den Befund einer präcancerösen Mastopathie ergibt, eine gleichartige Aufklärung der Patientin zu verlangen<sup>36</sup>. Bei unterbliebener Aufklärung über das mögliche Vorhandensein einer schnellschnittdiagnostisch feststellbaren Präcancerose und die sich daraus ergebenden therapeutischen Alternativen gerät der Operateur „in die juristisch ‚heiße‘ Zone“<sup>37</sup>. Entweder muß die Operation nun abgebrochen und die Einwilligung für einen weiterreichenden operativen Eingriff eingeholt werden, oder der Operateur entscheidet sich für eine medizinisch auch begründbare Operationserweiterung. In dem ersten Fall muß – bei unterstellter Entscheidung des Patienten für eine Operation – erneut operiert werden, mit allen damit einhergehenden zusätzlichen Risiken. Die Vorteile der Schnellschnitt-Untersuchung wären vergeblich. Im zweiten Fall erfolgt die Operation mangels Aufklärung ohne Einwilligung und daher rechtswidrig. Im Fall 3 hätte die Aufklärung die Patientin aller Voraussicht nach zu der Einwilligung bewogen, nicht nur im Falle eines definitiven Carcinomnachweises, sondern auch bei Nachweis einer präcancerösen Veränderung eine Hysterektomie vornehmen zu lassen. Mit dieser Operation entfiel das Risiko der Konversion zum Uteruskarzinom ebenso wie nachfolgende Kontrollen (weitere Ausschabungen) und die psychische Belastung. Oder aber die Patientin hätte – nach eigener Entscheidung – dieses Risiko und die weiteren Belastungen auf sich genommen<sup>38</sup>. Wiederum kommt ein Rückgriff auf die Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung nicht in Betracht, denn das nicht ganz fernliegende Ergebnis einer Präcancerose in der Schnellschnitt-Untersuchung hätte präoperativ mit der Patientin besprochen werden können<sup>39</sup>. Diese Problematik stellte sich auch im Fall 1. Der BGH folgte der Beanstandung der Revision, „daß die vom Sachverständigen als Alternative erörterte Möglichkeit weiteren Zuwartens nur dann in Betracht kam, wenn tatsächlich eine Schnellschnittuntersuchung durchgeführt wurde und deren Ergebnis günstig war. Da diese Untersuchung jedoch unterblieben ist, fehlte der Klägerin die ausreichende Grundlage für eine Entscheidung hinsichtlich der Alternative ‚Abwarten‘, was zusätzliche Bedenken gegen die Wirksamkeit ihrer Einwilligung begründet.“

#### 4. Die Schnellschnitt-Untersuchung führt zu keiner eindeutigen Dignitätsbeurteilung

Die hohe diagnostische Sicherheit der Schnellschnitt-Untersuchung birgt die Gefahr, daß sich das Aufklärungsgespräch auf die Alternativen „benigne“ und „maligne“ konzentriert. Demgegenüber wird unterschätzt, daß es feingewebliche Veränderungen gibt, deren Dignität sich im Rahmen einer Schnellschnitt-Untersuchung nicht zuverlässig klären läßt<sup>40</sup>. Diese soll nach Literaturangaben „nur“ in

1,3 % bis 4 % der Fälle zu einem hinsichtlich der Dignität nicht eindeutigen Befund führen<sup>41</sup>. Diese Rate dürfte jedoch in Abhängigkeit von der technischen Qualität der Schnellschnitt-Präparate<sup>42</sup>, der Zusammensetzung des Einsendegutes und der Erfahrung des Pathologen Schwankungen unterliegen. Bei der mikroskopischen Begutachtung der Schnellschnitt-Präparate mittels eines „Telepathologiesystems“ konnte in ca. 10 % der Fälle eine definitive Diagnose nicht gestellt werden<sup>43</sup>. Läßt die Schnellschnitt-Untersuchung keine eindeutige Aussage zur Dignität zu und entschließt sich der Operateur trotzdem, in der Überzeugung, es handle sich aufgrund der übrigen erhobenen Befunde auf jeden Fall um einen malignen Prozeß, zur weiteren Fortsetzung der Operation, so trägt er allein das straf- und haftungsrechtliche Risiko. Dies gilt auch dann, wenn sich später nach den Paraffin-Serienschnitt-Untersuchungen die Malignität bestätigt, er bei der ärztlichen Aufklärung mit dem Patienten jedoch vereinbart hatte, das weitere operative Vorgehen *ausschließlich* vom Ergebnis der geplanten Schnellschnitt-Untersuchung abhängig zu machen. Hat der Patient nur unter dem Vorbehalt der Malignität in eine erweiterte Operation eingewilligt, dann ist jede Fortsetzung der Operation ohne eindeutigen Malignitätsnachweis im Schnellschnitt rechtswidrig.

#### IV. Rechtfertigende Wirkung der Operationseinwilligungsformulare

In vielen Aufklärungsvordrucken wird eine allgemeine Zustimmung des Patienten zu einer Operationserweiterung eingeholt:

„Mit Erweiterungen des Eingriffs, die sich während der Operation als erforderlich erweisen, bin ich einverstanden.“<sup>44</sup>

Die Rechtsprechung sieht die formularmäßigen Vordrucke nur als „Indiz“ dafür, daß ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, nicht aber als Beweis dafür, daß der Auf-

35) OLG Düsseldorf, Urt. v. 12. 11. 1987 – 8 U 125/86 –.

36) Häufig wird allerdings – angesichts der langen Konversionszeiten der Präcancerose zum Mammacarcinom – zunächst ein weiteres Abwarten ratsam sein.

37) So *Steffen*, MedR 1983, 88, 92.

38) Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, daß die Einsendung von Abratmaterial (Ausschabungsgewebe) zur Schnellschnitt-Untersuchung nicht der Regelfall ist. Üblicherweise wird das bei der Ausschabung gewonnene Gewebe in Paraffinserienschnitten sorgfältig aufgearbeitet, befundet, und die Entscheidung für eine Uterusentfernung (Hysterektomie) fällt erst nach Eingang des Ergebnisses der histologischen Untersuchung und nochmaligem Aufklärungsgespräch.

39) Auch wird – zieht man die Wahrscheinlichkeitsgrenze von 1 % heran (LG Mannheim, VersR 1981, 761, 762) – die Wahrscheinlichkeit einer präcancerösen Veränderung in Abhängigkeit von der Lokalisation der entnommenen Gewebsprobe bei einer Schnellschnitt-Untersuchung regelmäßig oberhalb dieser Grenze liegen.

40) *Altenähr*, Der Pathologe 1980, 125, 128; *Küchemann*, Pathol. Res. Pract. 1978 (163), 183 ff.

41) *Remmele*, in: *Remmele* (Hrsg.) (Fn. 21), S. 29 m.w.N.

42) Auf die weniger gute technische Qualität der Schnellschnitt-Präparate bei der mikroskopischen Beurteilung weist u. a. hin: *Remmele*, Der Pathologe 1981, 72 ff.

43) *Stauch/Schweppel/Putz*, Verh. Dtsch. Ges. Path. 1995 (79), 610; Angesichts weiterer Unwägbarkeiten warnte der Berufsverband Deutscher Pathologen e. V. mit Schreiben v. 7. 3. 1997 ausdrücklich vor einer intraoperativen Schnellschnitt-Beurteilung per Ferndiagnostik.

44) Vordrucktes Merkblatt zum Aufklärungsgespräch vom perimed Compliance Verlag Dr. Straube GmbH, mit Empfehlung der Allgemeinen Deutschen Patienten-Organisation (A.D.P.O.) und des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V.

*Aufklärung und Rechtfertigung bei intraoperativen Schnellschnitt-Untersuchungen und Erweiterungsoperationen*

Geplanter Schnellschnitt	Zufallsbefund
Präoperative Aufklärung	
Bei geplanten Schnellschnitt-Untersuchungen Aufklärung über das denkbare Ergebnis: a) potentiell benigne b) potentiell präcancerös c) potentiell maligne Präoperative Abwägung mit dem Patienten	Schnellschnitt nach einem Zufallsbefund: präoperative Aufklärung nicht gegeben
Intraoperative Entscheidung	
1. Eingriff wird durchgeführt wie besprochen 2. Eingriff wird nicht durchgeführt	1. Eingriff wird durchgeführt zur Vermeidung von Komplikationen (intraoperative Abwägung) 2. Eingriff aus <i>zwingender</i> medizinischer Indikation (intraoperative Abwägung)
Postoperative Rechtfertigung	
1. Aufgrund ausreichender präoperativer Aufklärung. 2. Bei unzureichender präoperativer Aufklärung: kein Rückgriff auf die Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung oder auf „Generalklausel“ im Aufklärungsformular; Eingriff rechtswidrig	1. Ohne präoperative Aufklärung bei Zufallsbefunden nach den Grundsätzen der mutmaßlichen Einwilligung (ebenso bei nicht schuldhaftem präoperativem Diagnoseirrtum) wenn – Indikation vital – drohende ernste Komplikation – kein entgegenstehender Wille des Patienten bekannt 2. Rückgriff auf „Generalklausel“ dann nicht notwendig

klärungsvordruck vom Patienten „auch gelesen und verstanden“ wurde, sowie erst recht nicht als Beweis dafür, „daß der Inhalt mit ihm erörtert worden ist“<sup>45</sup>. Als Rechtsgrundlage werden die Vordrucke zumindest in den Fällen angezweifelt, in denen die mit der Operationsänderung bzw. -erweiterung einhergehenden möglichen Risiken nicht zuvor mit dem Patienten besprochen wurden<sup>46</sup>. Dies muß im Einzelfall auch für eine vorhersehbare typische präcanceröse Veränderung gelten (s. Fälle 1 u. 3). Allein der bloße Hinweis in einem Aufklärungsformular, es sei bei einer präcancerösen Mastopathie „manchmal ratsam“<sup>47</sup>, das Drüsengewebe unter der Haut zu entfernen, wird auch mit der Unterschrift der Patientin nicht zu einer rechtfertigenden Einwilligung in den Eingriff führen. Erforderlich ist die Aufklärung der Patientin über die Bedeutung einer präcancerösen Mastopathie sowie deren medizinisch vertretbare therapeutische Konsequenzen und der Hinweis auf das Konversionsrisiko. Eine „generalklauselartige“ Formel in den Aufklärungsvordrucken wird dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht gerecht<sup>48</sup>. Auch besteht die Gefahr einer Vernachlässigung der Aufklärungspflicht unter dem Aspekt, ein abweichendes operatives Vorgehen sei jedenfalls mit der Unterschrift unter das Operationseinwilligungsformular rechtmäßig.

**V. Ärztliche Aufklärungspflicht und die nicht geplante intraoperative Schnellschnitt-Untersuchung**

Ergibt sich intraoperativ als Zufallsbefund eine Veränderung des Gewebes, die im Hinblick auf das weitere operative Vorgehen einer schnellschnittdiagnostischen Abklärung bedarf, und wurde diese Möglichkeit zuvor nicht mit dem Patienten besprochen (siehe Fall 2), dann hat der Operateur in Übereinstimmung mit dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu handeln (§ 677 BGB)<sup>49</sup>. Regelmäßig wird zumindest die Entnahme einer Gewebeprobe für eine Schnellschnitt-Untersuchung dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen. Ist die Schnellschnitt-Untersuchung als solche für weitere intraoperative Entscheidungen unverzichtbar, so darf der Operateur auf diese ihm zur Verfügung stehende Möglichkeit nicht verzichten<sup>50</sup>.

Problematisch ist, ob im Falle eines malignen Befundes die Erweiterung der Operation gerechtfertigt ist. Soweit eine vitale Indikation vorliegt, darf die Operationserweiterung nach den Regeln der „mutmaßlichen Einwilligung“ vorgenommen werden<sup>51</sup>. Im Einzelfall kann sich auch der Abbruch der Operation als Behandlungsfehler darstellen<sup>52</sup>. Der Operateur muß bei der Ausweitung der Operation nach dem objektiven Interesse des Patienten und nach des-

45) BGH, MedR, 1985, 169; BGH, NJW 1994, 793; dazu *Schlund*, VersR 1993, 753; *ders.*, MedR 1994, 190; *Ulsenheimer*, Gynäkologe 1995, 117, 118; insofern muß auch entsprechend den Anforderungen der Berufsordnungen der Ärztekammern ein mit dem Operateur persönlich geführtes Aufklärungsgespräch stattgefunden haben und dokumentiert sein.  
 46) *Deutsch*, NJW 1979, 1905, 1908; *Dunz*, DMW 1978, 1226, 1227; *Barnikel*, DMW 1978, 1531, 1532.  
 47) So „Merkblatt zum Aufklärungsgespräch mit dem Arzt/der Ärztin über Operationen an der Brust“, perimed Compliance Verlag; insofern wichtig der im gleichen Formular enthaltene Hinweis gegenüber der Patientin, daß unter Umständen „eine nochmalige Besprechung mit Ihnen und ein zweiter Eingriff erforderlich“ sein können. Dieser zweite Eingriff kann im Einzelfall entbehrlich sein, wenn die Patientin etwa in eine subkutane Mastektomie im Falle einer (wiederholt) nachgewiesenen präcancerösen Mastopathie bereits präoperativ einwilligt, vorausgesetzt, dieses denkbare Ergebnis der Schnellschnitt-Untersuchung wurde mit ihr im ärztlichen Aufklärungsgespräch besprochen.  
 48) Vgl. auch LG Duisburg, MedR 1984, 148 f., zum Beweiswert einer schriftlichen Einwilligungserklärung, in der eine „eventuelle“ operative Behandlung erwähnt ist; ferner OLG Frankfurt, NJW 1981, 1322, 1323: „Denn eine vorhersehbare Änderung muß immer vor der Operation mit dem Patienten besprochen werden.“  
 49) Neben einer Rechtfertigung nach den Grundsätzen der mutmaßlichen Einwilligung kann der Operateur grds. auch unter dem Aspekt des rechtfertigenden Notstandes zivil- und strafrechtlich gedeckt sein, vgl.: *Eser*, in: *Schönke/Schröder*, StGB, 24. Aufl. 1991, § 223, Rdnr. 52.  
 50) Vgl. BGHSt 14, 213 ff.  
 51) OLG München, VersR 1980, 7; OLG Frankfurt, NJW 1981, 1322; OLG Celle, VersR 1984, 44.  
 52) BGH, MedR 1987, 234.

sen mutmaßlichem Willen handeln<sup>53</sup>. Das setzt voraus, daß der Patient der geplanten Operationserweiterung auch bei Kenntnis ihres vollen Ausmaßes zugestimmt hätte<sup>54</sup>. Ferner ist zu verlangen, daß der Arzt die Notwendigkeit einer Operationserweiterung nicht voraussehen konnte und auch nicht erkennen konnte, daß der Patient bei voller Aufklärung den erweiterten Eingriff verweigert hätte<sup>55</sup>. Ist dem Operateur ein entgegenstehender Wille des Patienten nicht bekannt und kann ein solcher Wille auch nicht angenommen werden, so ist bei lebensbedrohlichen Befunden eine Operationserweiterung sogar zwingend geboten<sup>56</sup>. Entscheidend ist die medizinische Indikation:

„Ein Arzt, der während der Operation auf ein erhöhtes Risiko stößt, muß den Eingriff abbrechen, wenn er für seine Fortsetzung mangels Aufklärung des Patienten keine wirksame Einwilligung hat und die Operation ohne Gefährdung des Patienten abgebrochen werden kann, um dessen Einwilligung einzuholen (BGH, VersR 1977, 255 = NJW 1977, 337). Hieraus folgt umgekehrt, daß der Abbruch einer Operation dann nicht in Betracht kommt, wenn die Fortsetzung des Eingriffs medizinisch indiziert ist.“<sup>57</sup>

Medizinisch indiziert ist die Erweiterungsoperation auch zur Vermeidung von Komplikationen<sup>58</sup>. Die Operationserweiterung auf der Grundlage mutmaßlicher Einwilligung des Patienten ist somit nicht auf Fälle vitaler Indikation beschränkt<sup>59</sup>. Dabei sind die Risiken der Operationserweiterung abzuwägen mit den Risiken, die eine Operationsunterbrechung zum Zwecke der Aufklärung des Patienten mit sich bringen würde<sup>60</sup>. Jedenfalls bei unerwarteten Zufallsbefunden soll der Rechtfertigungsgrund der mutmaßlichen Einwilligung auch dann nicht entfallen, wenn der Operateur die Möglichkeit der Einholung einer Einwilligung fahrlässig nicht genutzt hat<sup>61</sup>. Werden vitale Interessen des Patienten nicht gefährdet und drohen keine weiteren Komplikationen, so gebietet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten den Abbruch der Operation, seine Aufklärung, die Einholung der Einwilligung und anschließend ggf. die Durchführung eines weiteren Eingriffs. Die damit verbundenen Belastungen müssen gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zurücktreten<sup>62</sup>. Bei einem malignen Befund in der Schnellschnitt-Untersuchung oder aufgrund eines eindeutigen Operationssitus sind immer vitale Interessen des Patienten tangiert<sup>63</sup>.

## VI. Fazit

Die Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht werden kritisiert als „extrem“ und „nicht mehr vertretbar“<sup>64</sup>, als „Überforderung der Ärzteschaft“<sup>65</sup>, aber insbesondere auch als Überforderung des „Auffassungsvermögens des Patienten“<sup>66</sup> sowie als „wirklichkeitsfern“<sup>67</sup>. Maßstab für die Anforderungen an die Qualität der Aufklärung kann jedoch nicht der Patient sein, der sich präoperativ mit wenig detaillierten Ausführungen begnügt. Zur richterlichen Beurteilung gelangen gerade jene Fälle, in denen die Patienten eine detaillierte Aufklärung erwarten oder erwartet hatten. Bei geplanten Schnellschnitt-Untersuchungen sowie Erweiterungsoperationen nach Schnellschnitt-Diagnostik gilt:

1. Bei geplanten Schnellschnitt-Untersuchungen muß die Aufklärung die vorhersehbaren Befunde einer solchen Untersuchung umfassen.

2. Dazu gehört im Einzelfall auch die Aufklärung über die Möglichkeit eines weder benignen noch malignen Befundes in Form einer Präcancerose.

3. Bestehen medizinisch alternative Therapiemöglichkeiten, so muß der Patient präoperativ darüber aufgeklärt worden sein, damit eine wirksame Einwilligung in den operativen Eingriff vorliegt. Die fehlende oder mangelnde Aufklärung führt sonst zum Abbruch der Operation, zur erneuten Aufklärung und dann ggf. zu einer Zweit-Opera-

tion mit jenen Risiken, die durch das einzeitige Vorgehen mit Schnellschnitt-Untersuchung gerade vermieden werden sollten.

4. Bedenken bestehen gegen die Annahme einer rechtfertigenden Einwilligung des Patienten über eine „general-klauselartige Formulierung“ in einem Operationseinwilligungsfeld. Bei Annahme einer rechtfertigenden Einwilligung durch derartige Klauseln besteht die Gefahr, daß vorhersehbare intraoperative Entwicklungen zunächst dem Aufklärungsgespräch entzogen und später dann über eine solche Klausel gerechtfertigt werden. Ein Rückgriff auf die Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung kommt bei geplanten Schnellschnitt-Untersuchungen und bei jenen Erweiterungsoperationen i.d.R. nicht in Betracht, die präoperativ als naheliegend voraussehbar waren und daher Gegenstand des Aufklärungsgesprächs sein konnten.

5. Bei sog. Zufallsbefunden ist jedenfalls bei schnellschnittdiagnostisch nachgewiesener Malignität und fehlender therapeutischer Alternative eine Operationserweiterung in Übereinstimmung mit dem mutmaßlichen Willen des Patienten zulässig. Entscheidend ist hier die Frage, inwieweit eine medizinisch zwingende Indikation zur Operationserweiterung gegeben ist. Dieser Punkt sollte bei jeder präoperativen Aufklärung beachtet, ggf. auch in entsprechende Aufklärungsformulare aufgenommen werden.

53) *Schaffer*, VersR 1993, 1458, 1464; *Schlegelmilch*, in: *Geigel* (Fn. 2), S. 389.

54) BGH, VersR 1987, 770; *Hirsch* (1981), in: LK/StGB, 10. Aufl., § 226a, Rdnr. 35.

55) *Schönke/Schröder-Eser* (Fn. 49), § 223, Rdnr. 44.

56) *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.) (Fn. 5), § 64, Rdnr. 14.

57) LG Mannheim, VersR 1981, 761, 762; ebenso OLG Celle, MedR 1984, 106, 108, wenn gegenüber dem medizinisch indizierten Eingriff ohnehin keine „vernünftige Alternative“ gegeben ist; siehe dazu auch die von *Uhlenbruck*, VersR 1968, 1110, gebildeten Fallgruppen, in denen eine Erweiterung der Operation ohne weitergehende Aufklärung zulässig sein soll; dem grds. zustimmend BGH, NJW 1981, 1322, 1324.

58) LG Mannheim, VersR 1981, 761, 762; OLG Frankfurt, NJW 1981, 1322 (Magenresektion erweitert zu einer Duodenopankreatomie bei Verdacht auf Vorliegen eines Pancreaskopfcarcinomes; die Operationserweiterung wurde aber offenbar ohne vorherige Schnellschnitt-Untersuchung vorgenommen); *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.) (Fn. 5), § 64, Rdnr. 13.

59) BGH, MedR 1988, 248 f.; zuvor wesentlich strenger noch BGH, NJW 1977, 337 f.; s. auch *Rademacher*, Juristische Vorstellungen zum Zeitpunkt des ärztlichen Aufklärungsgesprächs, in: *Madea/Winter/Schwenzen/Rademacher* (Hrsg.), Innere Medizin und Recht, 1996, S. 185, 187.

60) *Narr/Hess/Schirmer*, Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl., Rdnr. B153 (Stand: 1997).

61) In diesem Sinne BGH, MedR 1988, 248.

62) *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.) (Fn. 5), § 64, Rdnr. 14; in BGH, VersR 1977, 255, erkannte der Operateur bei einer Ohr-Operation eine angeborene Mißbildung, bei der mit einem atypischen Verlauf des Gesichtsnerven (N. facialis) und damit verbunden mit einem höheren Risiko einer Schädigung dieses Nerven gerechnet werden muß; der BGH verlangte den Abbruch der Operation zum Zwecke der Aufklärung des Patienten.

63) Daß sich dabei immer wieder schwierige Grenzfälle für den Operateur ergeben, die sich in eine schematisierende Betrachtung nicht einfügen lassen, bleibt unbestritten; dazu *Wachsmuth*, in: FS für Bockelmann, 1979, S. 473 ff., 476, mit der Warnung, aus Einzelfallurteilen Regeln mit Anspruch auf Allgemeingültigkeit herleiten zu können.

64) *Ulsenheimer*, Gynäkologe 1995, 117–123.

65) *Scholz*, MDR 1996, 649, 655.

66) DGMR e. V., MedR 1996, 349.

67) *V. Mühlendal*, NJW 1995, 3043.