

Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, D-40225 Düsseldorf

An das  
Landgericht Bielefeld

Datum:  
06.10.2015



Betr.: Rechtsstreit

Sehr geehrte Frau

aufgrund des Beweisbeschlusses des Landgerichts Bielefeld vom 23.12.2014 (4. Zivilkammer) erhalten Sie nachfolgend das gewünschte wissenschaftlich begründete urologische Sachverständigengutachten in Sachen

In diesem Sachverständigengutachten wird zu folgenden Fragen Stellung genommen:

1. Entsprach die Behandlung des Klägers im Hause der Beklagten zu 1) nicht den Regeln der ärztlichen Heilkunst? Insbesondere:
  - a) Bestand keine Indikation für die vom Beklagten zu 2) am 12.07.1983 vorgenommene Circumcision?
  - b) Ist der Eingriff nicht fachgerecht durchgeführt worden? Insbesondere:
    - aa) Hat im Vorfeld des Eingriffs fehlerhaft keine Untersuchung stattgefunden?
    - bb) Wurde das bei dem operativen Eingriff entfernte Gewebe fehlerhaft nicht einer pathologischen Untersuchung zugeführt?
  - c) War der Beklagte zu 2) für den Eingriff –aus medizinischer Sicht- nicht qualifiziert? Hat er insbesondere nicht die in Deutschland akkreditierte Facharztanerkennung für Urologie besessen? Hat fehlerhaft ein Facharzt für Urologie den Eingriff nicht überwacht?
  - d) Wären konservative Behandlungsmöglichkeiten – z.B. Salben und Dehnungsversuche – in Frage gekommen?

**Direktor der Klinik**

Univ.-Prof. Dr. Peter Albers  
Tel.: 0211 81-18110/1  
Fax: 0211 81-18676  
urologie@uni-duesseldorf.de

**Stellv. Direktor und Ltd. Oberarzt**

Prof. Dr. Markus Giessing  
Tel.: 0211 81-17980  
markus.giessing@med.uni-duesseldorf.de

**Geschäftsf. Direktor und Oberarzt**

Dr. Volker Müller-Mattheis  
Tel.: 0211 81-04938  
mattheis@uni-duesseldorf.de

**Leiterin des Bereichs**

**Kons. Urologische Onkologie**

Univ.-Prof. Dr. Anja Lorch  
Tel.: 0211 81-08776  
Fax: 0211 81-04640  
anja.lorch@med.uni-duesseldorf.de

**Oberarzt – Leiter Roboter-**

**Chirurgie/ minimal-invasive Operationen und Endourologie**

Dr. Robert Rabenalt  
Tel.: 0211 81-16271  
robert.rabenalt@med.uni-duesseldorf.de

**Oberarzt – Kinderurologie/ Uroonkologie**

Dr. Achim Lusch  
Tel.: 0211 81-16273  
achim.lusch@med.uni-duesseldorf.de

**Leiter Urologisches Forschungslabor**

Prof. Dr. Wolfgang A. Schulz  
Tel.: 0211 81-15845  
Fax: 0211 81-15846  
wolfgang.schulz@uni-duesseldorf.de

**Anmeldung stationärer Patienten**

Tel.: 0211 81-16289  
Fax: 0211 81-19641  
anja.schmidt@med.uni-duesseldorf.de

**Privatambulanz/**

**Spezialsprechstunden**

Tel.: 0211 81-18424  
Fax: 0211 81-04971  
sabrina.gallert@med.uni-duesseldorf.de

**Allgemeinambulanz**

Tel.: 0211 81-18113  
Fax: 0211 81-16440  
alexandra.wenzel@med.uni-duesseldorf.de

**Studienzentrale**

Tel.: 0211 81-19353  
Fax: 0211 81-08904  
almut.diem@med.uni-duesseldorf.de

**Station UR03**

Tel.: 0211 81-17929  
Fax: 0211 81-18797

**Station UR02**

Tel.: 0211 81-18120  
Fax: 0211 81-19491

- e) Ist der Kläger nach Aktenlage –aus medizinischer Sicht- unangemessen behandelt worden?
- f) Entsprach das „Merkblatt für die Operation bei Verengung der Vorhaut“ nicht dem zum damaligen Zeitpunkt einzuhaltenden medizinischen Standard; sind die Risiken und Komplikationsmöglichkeiten der Operation (z.B. Wundheilungsstörungen, Nachblutungen, Verletzungen des Gliedes und der Harnröhre mit Fistelbildungen sowie die Gefahr einer erneuten narbigen Verengung und ggfs. daraus notwendigen Korrekturoperation) in dem Bogen aus medizinischer Sicht nicht vollumfänglich aufgeführt?

Bei der Beurteilung ist der medizinische Standard im Jahr 1983 zugrunde zu legen.

- 2. Sofern ein Behandlungsfehler bejaht wird, soll der Sachverständige zu folgenden Fragen Stellung nehmen:
  - a) Handelt es sich bei dem Behandlungsfehler um einen Verstoß gegen elementare Behandlungsregeln, der schlechterdings nicht unterlaufen darf?
  - b) Hat der Eingriff den Verlust von mehreren tausend erogenen Nervenenden, den Verlust der Stimulierbarkeit des Vorhautbändchens und der Eichel sowie den Verlust des natürlichen Gleitmechanismus verursacht? Ist die sexuelle Empfindungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt worden?
  - c) Ist bei dem Kläger ein irreversibel verstümmelter Zustand eingetreten, der sein körperliches Wohlbefinden massiv beeinträchtigt?
  - d) Hat der Behandlungsfehler emotionale/psychische Folgeschäden bei ihm hervorgerufen? Hat sich bei ihm eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt? Musste er sich infolge des Behandlungsfehlers einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen?

Oder sind die Beschwerden des Klägers auf andere Ursache als einen Behandlungsfehler zurückzuführen und wären sie auch bei fachgerechter Behandlung eingetreten? Handelt es sich dabei um die schicksalhafte Verwirklichung eines behandlungsimmanenten Risikos?

Dem gerichtlichen Sachverständigen wird aufgegeben, sich bei der Beantwortung der Beweisfragen auch mit dem medizinischen Gutachten des Dr. [REDACTED] vom 06.02.2013 auseinanderzusetzen und insbesondere auf Beurteilungsunterschiede einzugehen.

Das Gutachten stützt sich auf die vom Gericht zur Verfügung gestellte Akte (Seite 1 – Seite 97) sowie das als Anlage K1 gekennzeichnete fachurologische Gutachten des Herrn Dr. [REDACTED] Facharzt für Urologie/Andrologie/Medizinische Tumorthherapie/Qualitätsmanagement, [REDACTED]

## I. Sachverhalt

Der am [REDACTED] geborene Kläger, Herr [REDACTED]

Bielefeld, wurde im Alter von 6 Jahren (d.h. im Jahre 1981 oder 1982) von einer Schulärztin (Name nicht bekannt; ob praktische Ärztin oder Fachärztin/Fachgebiet nicht bekannt) untersucht. Hierbei wurde eine Phimose festgestellt, und es wurde zu einer Zirkumzision geraten.

Die weitere Betreuung erfolgte durch den Kinderarzt Dr. [REDACTED]. Der Kinderarzt wies den Jungen in das [REDACTED] zur Durchführung der Operation ein. Die stationäre Behandlung fand im Zeitraum vom 11. bis 18.07.1983 statt. Es liegt eine Aufnahmedokumentation/Anamneseerhebung in der Krankenhausakte vor (Seiten 31/32). Hier wird eine erstmalige (einmalige??) „Vorhautentzündung“ erwähnt (1979), „Sonts keine andere Beschwerden. Jetzt bei uns wegen Fimose.“

Neben allgemeinen Untersuchungsbefunden ist unter der Rubrik „Harnstrahl“: „normal“ unterstrichen. Auf Seite 32 sind zwar allgemeine Untersuchungsbefunde wie z.B. „Herzaktion“, „Lunge“ etc. handschriftlich eingetragen, aber das gesamte Feld, wo ausdrücklich urologische Befunde, die den gesamten Urogenitaltrakt betreffen, vorgesehen sind, ist nicht ausgefüllt, insbesondere die Rubriken „Harnröhre“ und „Glied“ weisen keinen Eintrag auf.

Im Operationsbericht, verfasst und unterschrieben von Herrn [REDACTED], wird von einer „verengten Vorhaut“ berichtet, es wurde eine „palliative Circumcision“ vorgenommen. Auch im vorläufigen OP-Protokoll (Seite 34) wird die Diagnose „Fimose“ angegeben, OP-Verfahren: „Palliative Circumcision“. Auch im vorläufigen und endgültigen Arztbrief (Seiten 35 und 36) werden dieselbe Diagnose und dasselbe OP-Verfahren mitgeteilt. Ein schriftlich dokumentierter, eindeutiger klinischer Befund ist nicht vorhanden, abgesehen von der kurzen Mitteilung im Operationsbericht. Das präoperative Aufklärungsgespräch am 11.07.1983 zwischen Herrn [REDACTED] und der Mutter des Kindes ist ordnungsgemäß dokumentiert, es wurde der damals (vor mehr als 30 Jahren) als üblich und gängig standardisierte Aufklärungsbogen perimed-compliance® verwendet.

Weder in der Krankenakte noch im OP-Bericht/Anästhesieprotokoll oder im Arztbrief wird eine intraoperative oder postoperative Komplikation erwähnt.

Auf dem präoperativen Anästhesieaufklärungsbogen für die Durchführung einer Allgemeinanästhesie haben beide Elternteile ([REDACTED]) am 11.07.1983 unterschrieben, auf dem Aufklärungsbogen für die Operation findet sich nur die Unterschrift der Mutter.

Weitere Unterlagen bezüglich einer nach der Entlassung vorgenommenen Wundkontrolle oder anders gearteten kinderärztlichen/fachurologischen Nachbehandlung liegen nicht vor.

## II. Gutachterliche Bewertung

1. Entsprach die Behandlung des Klägers im Hause der Beklagten zu 1) nicht den Regeln der ärztlichen Heilkunst? Insbesondere:
  - a) Bestand keine Indikation für die vom Beklagten zu 2) am 12.07.1983 vorgenommene Circumcision?

Grundsätzlich muss bei der Zirkumzision unterschieden werden, ob es sich um eine Beschneidung aus rituellen/religiösen Gründen oder um eine klar medizinisch indizierte operative Entfernung des Präputiums (Vorhaut) handelt. Bei Menschen der jüdischen oder muslimischen Glaubensgemeinschaft werden Zirkumzisionen meist recht kurz nach der Geburt ohne medizinische Notwendigkeit auch von Nicht-Ärzten vorgenommen. Diese Situation liegt hier nicht vor.

Bei Kindern oder nicht einwilligungsfähigen Jugendlichen muss für die Vornahme einer Zirkumzision eine

klare medizinische Notwendigkeit bestehen. Eindeutige Indikationen sind:

**Probleme bei der Miktion** (Entleerung der Harnblase) durch hochgradige, teils punktförmige Verengung des Präputiums, so dass der Harnstrahl behindert wird und/oder es zu **Restharnbildung**, unter Umständen zu **Harnwegsinfektionen** kommen kann. **Rezidivierende Balanoposthiden** (Entzündungen des Präputiums und/oder der Glans penis [Eichel]), teilweise auch mit phlegmonöser Ausbreitung auf die Penisschafthaut. **Schmerzhafte Erektionen** oder **Einrisse des Präputiums bei der Erektion**, was zu **narbiger Abheilung** und somit zur Verstärkung der Phimose führen kann. Unmöglichkeit der Retraktion des Präputiums bzw. Retraktion nur unter erheblichen Schmerzen, so dass eine **hygienisch einwandfreie Reinigung** und Pflege dieser Region quasi **nicht vorgenommen** werden kann.

Ein klinisch-urologisch eindeutiger und nachvollziehbarer Befund liegt – dokumentiert – weder von der Schulärztin noch vom Kinderarzt Dr. [REDACTED] vor. Auch von Seiten der Krankenhausabteilung ist diese Dokumentation zu vermissen, der einzige Hinweis ist im OP-Bericht des Herrn [REDACTED] zu finden (*verengte Vorhaut*), aber eine verengte Vorhaut allein mit einer einmalig stattgehabten Balanitis/Balanoposthitis ist keine klare Indikation zur Operation. Eine Beschreibung/klinische Bewertung des Ausmaßes der Verengung fehlt.

Insofern kann gutachterlich die Indikation zur Operation nicht nachvollzogen werden.

- b) Ist der Eingriff nicht fachgerecht durchgeführt worden? Insbesondere:
- aa) Hat im Vorfeld des Eingriffs fehlerhaft keine Untersuchung stattgefunden?
  - bb) Wurde das bei dem operativen Eingriff entfernte Gewebe fehlerhaft nicht einer pathologischen Untersuchung zugeführt?

Der 3-zeilige Operationsbericht ist spartanisch knapp gehalten, lässt aber keine Zweifel an einer chirurgisch korrekt durchgeführten Operation aufkommen. Wie im Vorfeld ja auch von anderer Seite moniert, gibt es keine „palliative“ Zirkumzision. Denkbar wäre allenfalls, dass der Operateur Herr [REDACTED]

statt palliativ „partiell“ meinte (sprachliche Probleme). Unter einer partiellen Zirkumzision versteht man im Gegensatz zur radikalen Zirkumzision die Vorhautentfernung unter Belassung eines kleinen zirkulären Vorhautrestes, was häufig gängige Praxis ist.

Eine präoperative klinische Untersuchung hat unter Zugrundelegung des oben erwähnten Aufnahme-/Anamnesebogens ohne Zweifel stattgefunden. Nicht erklärlich ist allerdings, warum ausgerechnet der urologische Befund nicht dokumentiert ist.

Üblicherweise wird bei praktisch jeder durchgeführten Operation entferntes Gewebe zur histopathologischen Untersuchung eingeschickt. Schwerwiegende pathologische Situationen, wie z.B. das Vorhandensein eines Karzinoms, sind an einer entfernten kindlichen Vorhaut nicht zu erwarten. Anders ist die Situation bei erwachsenen Männern einzustufen, hier gehört die histopathologische Untersuchung eines aufgrund einer Phimose entfernten Präputiums zwingend dazu. Insofern kann die nicht erfolgte pathologische Beurteilung des Gewebes nicht als fehlerhaft bewertet werden. Insbesondere dann nicht, wenn klinisch am Präputium außer der Verengung keine makroskopischen Auffälligkeiten bestanden.

- c) War der Beklagte zu 2) für den Eingriff –aus medizinischer Sicht- nicht qualifiziert? Hat er insbesondere nicht die in Deutschland akkreditierte Facharztanerkennung für Urologie besessen? Hat fehlerhaft ein

Facharzt für Urologie den Eingriff nicht überwacht?

Operative Eingriffe müssen in der Bundesrepublik Deutschland dem sogenannten Facharztstandard genügen, d.h. der Operateur muss nicht zwingend selbst Facharzt für eine bestimmte Disziplin sein. Ausreichend ist eine bei der Operation fachärztliche Assistenz/Supervision. Ob der Operateur Herr [REDACTED] oder der/die im OP-Bericht aufgeführte Assistent/In Facharzt/~ärztin für Urologie/Chirurgie zum Zeitpunkt der Operation war, kann nach Aktenlage gutachterlich nicht bewertet werden. Hierzu muss auf die Unterlagen der damaligen Krankenhausverwaltung und/oder der zuständigen Landesärztekammer zurückgegriffen werden.

- d) Wären konservative Behandlungsmöglichkeiten – z.B. Salben und Dehnungsversuche – in Frage gekommen?

Prinzipiell ja, wobei die topische Therapie mit Cortison (z.B. mit betamethasonhaltigen Salben) zur damaligen Zeit noch nicht allgemeine Verbreitung hatte, S3-Leitlinien existierten diesbezüglich damals noch nicht. Dehnungsversuche z.B. beim Bad in warmem Wasser wären allerdings je nach Ausprägung des Lokalbefundes eine zu diskutierende Alternative gewesen, ohne dass eine sichere Garantie eines Behandlungserfolges hätte gegeben werden können. Nach aktueller medikolegaler Situation ist es so, dass Patienten über mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt werden müssen, dies muss auch schriftlich dokumentiert sein. Ob dies in dieser Stringenz auch bereits 1983 in der Rechtsprechung so gesehen wurde, ist eine vom Juristen zu klärende Frage. Jedenfalls sind zur Zeit die Anforderungen an Aufklärung und Dokumentation im Bereich der operativen Medizin deutlich verschärft.

- e) Ist der Kläger nach Aktenlage - aus medizinischer Sicht - unangemessen behandelt worden?

Der Kläger wäre nur dann unangemessen behandelt worden, wenn jetzt zweifelsfrei (!) nachweisbar wäre, dass 1983 keine operativ behandlungswürdige Phimose vorgelegen hat!

Aufgrund einer schlicht fehlenden medizinischen Dokumentation kann gutachterlich nicht zwingend geschlossen werden, dass dem de facto nicht so war. Also, fehlende Dokumentation ist nicht gleichbedeutend mit Nichtvorhandensein eines klinischen Befundes.

- f) Entsprach das „Merkblatt für die Operation bei Verengung der Vorhaut“ nicht dem zum damaligen Zeitpunkt einzuhaltenden medizinischen Standard; sind die Risiken und Komplikationsmöglichkeiten der Operation (z.B. Wundheilungsstörungen, Nachblutungen, Verletzungen des Gliedes und der Harnröhre mit Fistelbildungen sowie die Gefahr einer erneuten narbigen Verengung und ggfs. daraus notwendigen Korrekturoperation) in dem Bogen aus medizinischer Sicht nicht vollumfänglich aufgeführt?

Bei der Beurteilung ist der medizinische Standard im Jahr 1983 zugrunde zu legen.

Das Merkblatt, was zur Operationsaufklärung verwandt wurde, entsprach dem zum damaligen Zeitpunkt einzuhaltenden medizinischen Standard.

2. Sofern ein Behandlungsfehler bejaht wird, soll der Sachverständige zu folgenden Fragen Stellung nehmen:

a) Handelt es sich bei dem Behandlungsfehler um einen Verstoß gegen elementare Behandlungsregeln, der schlechterdings nicht unterlaufen darf?

Wie oben ausgeführt kann ein Behandlungsfehler nur dann angenommen werden, wenn keine medizinisch klare Indikation zur Durchführung der Operation bestanden hat. Das bedeutet, ein Behandlungsfehler kann nur dann postuliert werden, wenn bei dem Kläger 1983 keine operationswürdige Phimose bestanden hat. Ob dem damals so war oder nicht, ist aufgrund der vorliegenden, unvollständigen Dokumentation gutachterlich nicht zu klären.

- b) Hat der Eingriff den Verlust von mehreren tausend erogenen Nervenenden, den Verlust der Stimulierbarkeit des Vorhautbändchens und der Eichel sowie den Verlust des natürlichen Gleitmechanismus verursacht? Ist die sexuelle Empfindungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt worden?
- c) Ist bei dem Kläger ein irreversibel verstümmelter Zustand eingetreten, der sein körperliches Wohlbefinden massiv beeinträchtigt?

Beantwortung entfällt, s. oben.

d) Hat der Behandlungsfehler emotionale/psychische Folgeschäden bei ihm hervorgerufen? Hat sich bei ihm eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt? Musste er sich infolge des Behandlungsfehlers einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen?

Ob es sich um einen Behandlungsfehler handelt, bleibt ja im Sinne der Ausführungen oben zu klären. Dass die Tatsache der vorgenommenen Zirkumzision beim Kläger möglicherweise zu psychischen Folgeschäden geführt hat, muss von fachkompetenter Seite (Psychiater/Psychosomatiker/Psychologe) geklärt werden. Dies gilt insbesondere für die im psychiatrischen Attest der Dr. med. Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 12.10.2011 aufgeführte Diagnose der „posttraumatischen Belastungsstörung“. D.h. sind die diagnostischen Kriterien nach ICD-10-Klassifikation = F43.1 erfüllt oder sind eventuell andere psychische Störungen, die nicht eindeutig auf die stattgehabte Zirkumzision zurückzuführen sind, synchron aufgetreten.

Dem gerichtlichen Sachverständigen wird aufgegeben, sich bei der Beantwortung der Beweisfragen auch mit dem medizinischen Gutachten des Dr. vom 06.02.2013 auseinanderzusetzen und insbesondere auf

Beurteilungsunterschiede einzugehen.

Zum Gutachten des Herrn Dr. med. [REDACTED], FA für Urologie, [REDACTED] vom 06.02.2013 wird der Nummerierung folgend kommentiert:

1. Grundsätzlich bestehen gegen die aufgeführten Punkte keine Einwände. Es wird auch hier die fehlende Dokumentation erwähnt und auf die vom Kläger vorgebrachte Beschwerdefreiheit eingegangen. Die klaren Indikationen zu einer Zirkumzision sind ja oben diskutiert worden.
2. Keine Einwände gegen die Ausführungen.
3. Keine Einwände gegen die Ausführungen.
4. Keine Einwände gegen die Ausführungen.
5. Keine Einwände gegen die Ausführungen.
6. Hier muss die Rechtsauffassung des Jahres 1983 zugrunde gelegt werden, die Frage ist von einem Mediziner nicht eindeutig zu beantworten. Außerdem muss die tägliche Praxis berücksichtigt werden, wenn z.B. bei Vorgesprächen/Voruntersuchungen beide Elternteile anwesend waren oder wenn ein Elternteil z.B. aus wichtigen Gründen im Ausland weilt etc. Zudem darf nicht außer Acht gelassen werden, ob es sich bei dem bevorstehenden Eingriff um eine schwere, evtl. sogar lebensbedrohliche Operation handelt (Eingriffe am Herzen, an der Lunge, den Blutgefäßen etc.) oder um eine eher mit niedriger Komplikationsrate behaftete Operation. Insofern muss die Rechtswirksamkeit der Aufklärung im vorliegenden Fall juristisch bewertet werden.
7. Den Ausführungen kann im Wesentlichen gefolgt werden, keine Einwände, vor allem nicht gegen den 2. Absatz.
8. Keine Einwände gegen die Ausführungen. Eine Zirkumzision einfach so aus nur hygienischen Prophylaxegründen durchzuführen, ohne dass eine Phimose vorliegt, stellt auch heute bei nicht einwilligungsfähigen männlichen Individuen keine Operationsindikation dar.

„Gutachterliche Epikrise:“

Dieser feuilletonistisch-blumigen Zusammenfassung kann nur teilweise zugestimmt werden, jedenfalls kann diese auch tendenziös formulierte Beurteilung nur teilweise akzeptiert werden.

„Zirkumzision = Verstümmelung, Verwandlung der Glans penis von einem inneren zu einem äußeren Organ, Verlust des natürlichen koitalen Gleitmechanismus durch Zirkumzision, Verlust von mehreren Tausend erogenen Nervenenden, Verlust der Stimulierbarkeit des Vorhautbändchens“ – dies alles sind Schlagworte und Slogans die eher zum Parteiprogramm der Liga „**Deutschland kämpft gegen die Zirkumzision**“ passen würden, dies hat

aber nichts mit einer wissenschaftlichen Analyse und Bewertung eines Sachverhaltes zu tun.

Düsseldorf, den 06.10.2015



## LITERATUR

1. American Academy of Pediatrics, Task Force on Circumcision: Circumcision policy statement. *Pediatrics* (1999) 103:686 - 693
2. Grossman EA, Posner NA: The circumcision controversy: an update. *Obstet Gynecol Ann* (1984) 13:181 -195
3. Kaplan GW: Complications of circumcisions. *Urol Clin North Am* (1983) 10:543 - 549
4. Kochen M, Mc Curdy S: Circumcision and the risk of cancer of the penis. A life-table analysis. *Am J Child Dis* (1980) 134:484 - 486
5. Osborn LM, Metcalf TJ, Mariani EM: Hygienic care in uncircumcised infants. *Pediatrics* (1981) 67:645 - 367
6. Palmer JS: Abnormalities of the external genitalia in boys. in: Campbell-Walsh *UROLOGY* 10<sup>th</sup> ed. 2012, 3537-3556. Saunders-Elsevier, Philadelphia/USA
7. Palmer JS ed. : An international view on circumcision. *Dialogues PEDIATR UROL* (2009) 4:1
8. Updegrave KK: An evidence-based approach to male circumcision: what do we know? *J Midwifery Women's Health* (2001) 46: 415 - 422
9. Warner E, Strashin E: Benefits and risks of circumcision. *Can Med Assoc J* (1981) 125: 967 - 976