

Datum: 06.02.2008
Gericht: Landgericht Köln
Spruchkörper: 25. Zivilkammer
Entscheidungsart: Grundurteil
Aktenzeichen: 25 O 179/07

Tenor:
Die Klage ist dem Grunde nach gerechtfertigt.

Die Kostenentscheidung bleibt dem Schlussurteil vorbehalten.

T A T B E S T A N D: 1

Der am 17.4.1959 geborene Kläger nimmt den Beklagten im Zusammenhang mit einer von diesem als Chirurg durchgeführten Operation am 12.8.1977, bei der dem Kläger weibliche Geschlechtsorgane, u.a. Uterus, Tube und Ovar entfernt wurden, wegen des Vorwurfs einer unzureichenden präoperativen Aufklärung über Art und Umfang des Eingriffs sowie fehlender Indikation auf Schmerzensgeld in Anspruch.

Der Kläger, bei dem eine ausgeprägte Hypospadie vorlag, wuchs als Junge auf. Bei Heranreifen stellte sich eine maskuline Behaarung einschließlich Bartwuchs ein. Am 25.2.1976 unterzog er sich einer Appendektomie. Dabei ergaben sich Hinweise auf das Vorliegen weiblicher intraabdomineller Geschlechtsorgane. Zur Abklärung und wegen der (Verdachts-) Diagnose beidseitigen Kryptorchismus wurde er am 8.4.1976 im St. Antonius-Hospital L aufgenommen. Bei Eröffnung der Leistengegend und des Bauchraums bis zur Blase und Freilegung des rechten Leistenkanals konnten weder Hoden noch ein Samenstrang aufgefunden werden. Daraufhin wurde die Bauchhöhle rechtsseitig eröffnet. Dabei fand sich ein ovarförmiges Gebilde mit Fimbrien, makroskopisch jedoch kein Hinweis auf Hoden. Es wurde eine Gewebeprobe entnommen, deren histologische Untersuchung zu der Diagnose von Tube, Ovar und Nebenhoden führte. Hodengewebe ließ sich nicht nachweisen. Unter dem 10.4.1976 wurde der histologische Befund weiter dahin spezifiziert, dass neben dem Ovar ein Kanälchensystem aufgefunden worden sei, das einem Nebenhoden entspreche. Dies wurde jedoch nicht als ausreichend erachtet für die Diagnose eines Hermaphroditismus. Jedenfalls der Befund der Eierstöcke wurde dem Kläger mitgeteilt.

Mit Schreiben vom 22.10.1976 wandte sich die Schwester des Klägers, Frau T2, an Prof. X, Oberarzt an der Medizinischen Klinik des Krankenhauses N, und teilte mit, dass sich der Kläger auf Grund der Mitteilung, zu 60% Frau zu sein, mit konkreten Selbstmordgedanken trage, und bat um Hilfe.

Am 1.12.1976 holte die Medizinische Klinik ein urologisches Konsil bezüglich der Behandlung der Hypospadie ein. Darin wurde festgehalten, dass sich der Kläger seinerzeit weder männlich noch weiblich fühle, und für den Fall einer Tendenz zum einen oder anderen Geschlecht aus urologischer Sicht eine entsprechende Operation als Möglichkeit vorgeschlagen.

Am 15.12.1976 wurde eine Chromosomenanalyse durchgeführt, die eine normale weibliche Chromosomenkonstitution 46,XX ergab, was dem Kläger zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt wurde. Mit Schreiben vom 28.3.1977 teilte die Schwester des Klägers Prof. X mit, dass der Kläger sehr verunsichert sei. Weiterhin fragte sie an, ob es möglich sei, aus dem Kläger entweder einen Mann "zu machen" oder auch eine Frau. Am 21.7.1977 überwies der Hausarzt des Klägers diesen in das Krankenhaus L3-N mit der Diagnose "Hermaphroditismus" zur "hormonellen Untersuchung und op. Beseitigung".

Der Kläger wurde aufgenommen und u.a. die Diagnosen "Verdacht auf Pseudohermaphroditismus feminismus bei NNR-Überfunktion" und "Hypospadie III. Grades" gestellt. Mit Schreiben vom 2.8.1977 wandte sich Prof. X an Dr. W/Psychosomatische Abteilung des Universitätsklinikums L3. In diesem Schreiben wurde mitgeteilt, dass eine normale weibliche chromosomale Konstitution von 46,XX vorliege und "der Patient 1976 über die vorliegende Störung partiell informiert worden" sei. Zu klären sei, ob sich der Kläger vollständig mit seiner übernommenen männlichen Rolle identifiziert habe. Weiterhin wurde mitgeteilt, dass die Angaben der Schwester Hinweise auf zwischenzeitlich entstandene Zweifel bezüglich der subjektiven Geschlechtsidentifikation enthielten. Dr. W teilte als Ergebnis der Exploration mit Schreiben vom 3.8.1977 mit, dass der Kläger in psychischer Sicht wieder weitgehend stabilisiert sei, was auf die vorangegangenen sachlich-ärztlichen Beratungen und die in Aussicht gestellten operativen Korrekturen zurückzuführen sei. Belangvolle Zweifel an seinem männlichen Geschlechtsbewusstsein, seiner männlichen Geschlechtsrolle und seiner männlichen sexuellen Orientierung seien nicht festzustellen gewesen. Über die mit dem Schreiben vom 2.8.1977 mitgeteilte normale weibliche Chromosomenkonstitution sei mit dem

Kläger nicht gesprochen worden, weil ihn dieses nur eingeschränkt interpretierbare Ergebnis möglicherweise erneut verwirren könnte.

Die streitgegenständliche Operation erfolgte am 12.8.1977. Hiervon liegt nur ein Anästhesiebericht vor, der als Gegenstand des Eingriffs eine "Testovarektomie" ausweist und aus dem sich ergibt, dass der Beklagte an dem Eingriff beteiligt war. Ausweislich des Eintrags des Oberarztes der Medizinischen Klinik Dr. I vom 14.8.1977 wurde bei Eröffnung des Bauchraums "eine normale weibliche Anatomie mit präpuberalem Uterus, normal großen Ovarien, Vagina endet blind ..." aufgefunden. Alle intraabdominellen Genitalorgane wurden entfernt. Der Eintrag schließt mit der Diagnose, dass kein Hermaphroditismus vorliege. Ursache der Virilisierung sei entweder ein Adrenogenitales Syndrom (AGS) oder ein Nebennierentumor (NNR-Tumor).

Der histologische Befund des Exstirpats vom 16.8.1977 endet mit der Beurteilung: "Rudimentärer atrophischer Uterus mit flachem regelrechtem Myometrium und spärlichen Anteilen eines Portioepithels. Ovarialgewebe mit zystischen Follikeln, Primär- und Sekundärfollikeln sowie einzelnen Corpora albicantia. Männliches Keimdrüsengewebe in Form eines Testovars kann nicht nachgewiesen werden".

Am 24.8.1978 erfolgte auf massives Drängen des Klägers eine Operation zur Penisaufrichtung in den städtischen Krankenanstalten M am Rhein. Im Mai 1979 legte der Kläger das Abitur ab. Er ergriff den Beruf des Krankenpflegers.

Der Kläger wirft dem Beklagten vor, dass ihm die weiblichen Geschlechtsorgane ohne Grund entfernt worden seien. Er behauptet, diese seien normal ausgebildet und voll funktionsfähig gewesen und dies sei bereits intraoperativ zu erkennen gewesen. Weiter behauptet er, bei angemessener therapeutischer Behandlung des androgenitalen Syndroms hätte er das Leben einer Frau einschließlich einer erfüllten weiblichen Sexualität führen und sich fortpflanzen können. Der Beklagte habe als Chirurg für den Eingriff einzustehen. Über das Ergebnis der Operation sei er, der Kläger, niemals unterrichtet worden, sondern in dem Glauben gelassen worden, es sei entartetes gonadales Gewebe oder eine Art Tumor entfernt worden.

Zu den Folgen behauptet der Kläger – neben dem Leben im "falschen Geschlecht" –, dass er infolge der Harnröhrenrekonstruktion unter einer chronischen, nahezu antibiotikaresistenten Harnwegsinfektion mit Nierenbeteiligung gelitten habe sowie chronischen, krampfhaften Blasenentleerungsstörungen mit Restharnbildung. Weiterhin habe sich am Körper "Kastratenfett" gebildet, der Körper habe sich durch die Gabe von Testosteron vermännlicht.

Der Kläger beantragt,

den Beklagten zu verurteilen, an ihn für die ihm zugefügte Verletzung vom 12.8.1977 ein Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch € 100.000 nebst Jahreszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszins seit dem 8.5.2007 zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er weist die erhobenen Vorwürfe zurück. Er beruft sich darauf, dass er sich als Chirurg auf die Diagnose der vorbehandelnden Fachärzte der Medizinischen Klinik habe verlassen dürfen. Dies gelte insbesondere für die Frage der Indikation, weil diese ausschließlich in deren Fachbereich gelegen habe. Der Eingriff sei im Beisein des Oberarztes der internistischen Abteilung, Herrn Dr. I, erfolgt, dem der intraoperative Befund demonstriert worden sei. Auf dessen konkrete Anweisung sei die Organentfernung erfolgt. Seine, des Beklagten, Aufgabe sei allein auf die Ausführung beschränkt gewesen.

Im Übrigen habe kein "von Natur aus weiblicher Körper" vorgelegen, was sich bereits aus der dokumentierten Behaarung ergebe. Die bei dem Kläger vorgefundenen Organe seien "hochgradig verkümmert" gewesen. Damit habe sich intraoperativ bereits der von dem vorbehandelnden Krankenhaus in L vermutete Befund bestätigt. Der Eingriff habe dem dringenden und umfassend überprüften Wunsch des Klägers entsprochen. Eine Angleichung an das weibliche Geschlecht sei in Anbetracht der eindeutig maskulinen Identifikation des Klägers nicht in Betracht gekommen. Die Mitteilung des genotypischen Erscheinungsbildes sei in nicht zu beanstandender Weise aus therapeutischen Gründen im Hinblick auf die Suizidgedanken und die psychische Betroffenheit des Klägers unterblieben. Zudem sei dieser Aspekt im Rahmen der Aufklärung zu vernachlässigen gewesen.

Es sei davon auszugehen, jedoch wegen der Lückenhaftigkeit der Behandlungsunterlagen nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen nicht mehr belegbar, dass mit dem Kläger die medizinische Ausgangssituation des

pseudohermaphroditismus femininus bei kongenitalem adrenogenitalem Syndrom sowie die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten eingehend erörtert worden seien. Hilfsweise beruft sich der Beklagte auf eine hypothetische Einwilligung des Klägers bei zutreffender Aufklärung über seine Chromosomenkonstitution.

Schließlich erhebt der Beklagte die Einrede der Verjährung. Er macht geltend, der Kläger habe von seiner Disposition für das weibliche Geschlecht bereits gewusst, als er 1976 Kenntnis von dem Vorliegen weiblicher Geschlechtsorgane erlangt habe.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die wechselseitigen Schriftsätze der Parteien und die zur Gerichtsakte gereichten Behandlungsunterlagen Bezug genommen.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

Die Klage ist dem Grunde nach begründet.

Der Kläger kann von dem Beklagten gemäß §§ 823 Abs. 1, 847 Abs. 1 BGB in der gemäß Art. 229 § 8 Abs. 1 EGBGB bis zum 31.7.2002 geltenden Fassung den Ersatz der ihm durch den Eingriff vom 12.8.1977 entstandenen immateriellen Schäden verlangen, weil der Beklagte den Kläger rechtswidrig in vorsätzlicher und schuldhafter Weise in seiner Gesundheit verletzt hat, indem er ihm weibliche Geschlechtsorgane entnommen hat.

Der Kläger hat in die Operation durch den Beklagten nicht wirksam eingewilligt. Bereits nach dem Vortrag des Beklagten ergibt sich nicht, dass der Kläger über Art, Inhalt und Umfang des sodann am 12.8.1977 durchgeführten chirurgischen Eingriffs zutreffend aufgeklärt war.

Der Beklagte hat in der Klageerwiderung vortragen lassen, dass dem Kläger die medizinische Situation hinreichend bekannt gewesen sei. Denn er habe ausweislich eines Schreibens seiner Schwester gewusst, dass er medizinisch zu 60% eine Frau sei und damit eine organische Disposition für das weibliche Geschlecht bestanden habe. Ergänzend hat sich der Beklagte darauf berufen, dass sich intraoperativ der Befund bestätigt habe, der bereits im vorbehandelnden Krankenhaus L vermutet worden sei, nämlich dass intraabdominell lediglich hochgradig verkümmerte weibliche Geschlechtsorgane vorlagen. Deshalb habe es nach Eröffnung des Bauchraums am 12.8.1977 keiner weiteren Information des Klägers bedurft.

Aus beiden Gesichtspunkten lässt sich nicht schlussfolgern, dass der Kläger zutreffend aufgeklärt war. Nach dem in der Behandlungsdokumentation enthaltenen, von dem Oberarzt Dr. I gefertigten Verlaufsbericht betreffend den intraoperativen Befund sowie nach dem pathologischen Befund vom 16.8.1977 bestand nicht lediglich eine organische "Disposition" für das weibliche Geschlecht, sondern es lagen ausschließlich weibliche Geschlechtsorgane vor. Damit entsprach der Befund vom 12.8.1977 gerade nicht der von dem vorbehandelnden Krankenhaus L auf Grund der histologischen Untersuchung entnommener Gewebeproben aufgestellten Vermutung, dass Anzeichen für Tube, Ovar und Nebenhoden bestanden, also sowohl für weibliche als auch für männliche Geschlechtsorgane.

Es gibt danach keinen Anhaltspunkt dafür, dass der Kläger vor dem Eingriff Kenntnis davon hatte, dass ihm – wie es im Verlaufsbericht heißt – eine "normale weibliche Anatomie mit präpuberalem Uterus, normal großen Ovarien" und Vagina entfernt werden würde.

Dafür dass dies gerade nicht der Fall war, spricht vielmehr die Dokumentation der behandelnden Ärzte im Übrigen. Der streitgegenständliche Eingriff ist im Anästhesieprotokoll nämlich als "Testovarektomie", also als Entfernung eines Testovars, der Keimdrüse eines Zwitter, die männliches und weibliches Keimdrüsengewebe enthält, beschrieben. Dies impliziert, dass die an dem Eingriff beteiligten Ärzte selbst davon ausgingen, es handele sich um einen Eingriff zur Entfernung gemischtgeschlechtlicher Organe und nicht zur Entfernung rein weiblicher Geschlechtsorgane. Dass den Operateuren, insbesondere also auch dem Beklagten die Fehlerhaftigkeit dieser Annahme im Verlauf der Operation klar wurde, ergibt sich aus dem Verlaufsbericht vom 14.8.1977. Hier wird auf Grund des intraoperativen Befunds die Schlussfolgerung gezogen, dass "damit kein Hermaphroditismus" vorliege, sondern die Virilisierung des Klägers auf ein adrenogenitales Syndrom oder einen Nebennierentumor zurückzuführen sein müsse. Dem ist zu entnehmen, dass der präoperative diagnostische Ausgangspunkt des Eingriffs, nämlich eine organische Gemischtgeschlechtlichkeit, erst auf Grund des intraoperativen Befunds revidiert wurde. Die veränderte Tatsachenlage wurde dem Kläger jedoch nicht mitgeteilt, sondern der Eingriff fortgesetzt. Dafür dass dieses Handeln von einer zuvor erklärten Einwilligung gedeckt war, gibt es keinen Anhaltspunkt. Denn der Beklagte behauptet selbst nicht, dass die Möglichkeit eines solchen Verlaufs bereits vor dem Eingriff in Betracht gezogen und mit dem Kläger besprochen worden sei.

Dabei besteht kein Anlass zu der Annahme, dass intraoperativ nicht wie im Verlaufsbericht beschrieben eine "normale weibliche Anatomie" vorlag, mögen die einzelnen Geschlechtsorgane auch nicht voll entwickelt gewesen sein. Denn die Beschreibung des intraoperativen Befundes im Verlaufsbogen ist am 14.8.1997 gerade auf Grund des Eindrucks während des zwei Tage zuvor vorgenommenen Eingriffs erstellt worden und nicht auf der Grundlage der Erkenntnisse aus dem Befundbericht der Pathologie. Letzterer, der ebenfalls ausschließlich weibliche Geschlechtsorgane beschreibt, datiert erst vom 16.8.1997 und kann deshalb bei Abfassung der Beschreibung im Verlaufsbogen nicht vorgelegen haben.

Wie sich aus dem Vortrag des Beklagten, wonach der intraoperative Befund Herrn Dr. I demonstriert worden sei, sowie aus dem bereits zitierten Verlaufsbericht vom 14.8.1977 ergibt, wurde dieser Befund vom Beklagten intraoperativ auch konkret wahrgenommen. Auf Grund dessen hätte der Beklagte den Eingriff nicht weiter fortsetzen dürfen, sondern abbrechen müssen. Dass er schuldlos davon ausging, auch die Entfernung einer "normalen weiblichen Anatomie" sei von einer etwaigen präoperativen Einwilligung des Klägers gedeckt, hat der Beklagte, wie bereits ausgeführt, so schon nicht vorgetragen und ist angesichts des dargestellten diagnostischen Ausgangspunkts für den Eingriff ("Testovarektomie") auch nicht anzunehmen.

Der Umstand, dass nunmehr eindeutig weibliche und nicht gemischtgeschlechtliche Organe entfernt werden sollten, war vor dem Hintergrund der unstreitigen psychischen Irritation des Klägers schon wegen der Vorstellung, "organische weibliche Anteile" zu haben, von ganz wesentlicher Bedeutung und damit aufklärungspflichtig. Hierdurch erlangte der Eingriff nämlich eine andere Qualität, weil es sich nicht mehr um eine korrigierende Angleichung zur Erhaltung eines von zwei angelegten Geschlechtern handelte, sondern um eine vollständige Entfernung der Organe des einzigen organisch angelegten Geschlechts.

Die Aufklärungspflichtigkeit entfiel auch nicht aus therapeutischen Gründen. Dies macht der Beklagte im Hinblick auf die Aufklärung betreffend die Art und den Umfang des chirurgischen Eingriffs zum einen konkret selbst nicht geltend, sondern lediglich bezogen auf das Verschweigen der eindeutig weiblichen Chromosomenkonstitution des Klägers. Zum anderen hat er schon nicht substantiiert eine ernste und nicht behebbare Gesundheitsbeschädigung dargelegt, die bei dem Kläger im Fall einer vollständigen Aufklärung über die genetische Disposition zu besorgen gewesen wäre. Für die Aufklärung über die Entfernung einer rein weiblichen Anatomie gilt dies erst recht. Dessen bedarf es jedoch, will der Beklagte nunmehr für sich in Anspruch nehmen, dass eine medizinische Kontraindikation für die Aufklärung bestand und diese deshalb entbehrlich war (BGH, NJW 1959, 814, Rdn. 20; 811, Rdn. 26; BGHZ 90, 103 ff. Rdn. 24; Rdn. jeweils zitiert nach JURIS). Es war danach Sache des Beklagten, triftige Gründe für das Unterlassen der Aufklärung darzulegen. Dies ist ihm schon im Hinblick auf die chromosomale Konstitution nicht gelungen. Die vom Beklagten behauptete, nicht näher konkretisierte "Gefahr einer erneuten Verwirrung" reicht nicht aus. Dies gilt erst recht im Hinblick auf die Aufklärung bezüglich der weiblichen genitalen Anatomie. Ebenso ergibt sich aus den Behandlungsunterlagen kein Anhaltspunkt, dass eine Gesundheitsgefährdung bestand, die derart erheblich und akut war, dass sie das Selbstbestimmungsrecht des Klägers bezogen auf den anstehenden weitreichenden und vor allem irreversiblen Eingriff überwog.

Der Beklagte kann sich auch nicht erfolgreich darauf berufen, dass er nur ausführender Chirurg gewesen sei. Denn der aufzuklärende Umstand betraf gerade den Kernbereich seiner Tätigkeit, in dem er eigenverantwortlich handelte, nämlich den Umfang des Eingriffs und die Art des zu Resezierenden. Dass sich dies intraoperativ gegenüber dem präoperativen Ausgangspunkt erheblich anders darstellte, konnte er ohne weiteres und insbesondere ohne den Behandlungsverlauf und die Indikationsstellung nachzuvollziehen, beurteilen.

Gleichfalls lässt sich aus dem Einwand einer hypothetischen Einwilligung des Klägers bei zutreffender Aufklärung nichts zu Gunsten des Beklagten herleiten. Schon auf Grund der unstreitigen äußeren Umstände vermag die Kammer mit Sicherheit davon auszugehen, dass sich der Kläger bei zutreffender Information, dass bei ihm eine ausschließliche und normale weibliche intraabdominelle Anatomie vorlag, jedenfalls in einem Entscheidungskonflikt befunden hätte. Angesichts der sich hierdurch grundlegend ändernden Qualität des Eingriffs liegt dies auf der Hand. Zudem ergibt sich aus dem Konsilsbericht der Psychosomatischen Klinik des Universitätsklinikums L3, dass der Kläger angegeben habe, er sei sehr erleichtert gewesen, als man ihm gesagt habe, dass er keine "richtigen" Eierstöcke habe. Dies belegt, dass die nach Vorstellung des Klägers zumindest nicht eindeutig weibliche organische Disposition ihn in dem Wunsch bestärkt hat, die weiblichen "Anteile" entfernen zu lassen. Hieraus ergibt sich gleichzeitig, dass der intraoperativ erhobene gegenteilige Befund seine Meinungsbildung ebenfalls maßgeblich beeinflusst hätte.

Hinzu kommt, dass nach Feststellung der weiblichen genitalen Anatomie erst recht Anlass zur Mitteilung der weiblichen Chromosomenkonstitution bestanden hätte, weil nunmehr bekannt war, dass der Kläger sowohl genetisch als auch organisch weiblich war.

Nach dem Vorgesagten kommt es nicht mehr darauf an, ob sich der Eingriff auch deshalb als unerlaubte Handlung des Beklagten darstellte, weil der Kläger unstreitig nicht über seine Chromosomenkonstellation aufgeklärt wurde. Wie bereits ausgeführt, ist die Entbehrlichkeit der Aufklärung hierüber aus therapeutischen Gründen nicht ansatzweise dargelegt. Auch insofern überwiegt die Tragweite und Irreversibilität des Eingriffs. Allein fraglich ist, inwieweit dem Beklagten als Operateur insoweit ein Vorwurf zu machen ist. Denn das Verschweigen der Chromosomenkonstellation erfolgte unstreitig aus therapeutischen Erwägungen, wobei die Indikationsstellung und Therapieplanung Aufgabe der Medizinischen Klinik war. Dafür dass der Beklagte als Operateur die Aufklärung aber zumindest im Wesentlichen nachvollziehen und überprüfen musste, spricht einiges. Dies bedarf jedoch keiner abschließenden Klärung.

Der Einwand der Verjährung ist unbegründet. Der Kläger hat von den anspruchsbegründenden Tatsachen der Beteiligung des Beklagten an dem Eingriff, der Entfernung ausschließlich weiblicher Geschlechtsorgane entgegen der diagnostischen Ausgangssituation sowie dem absichtlichen Verschweigen seiner tatsächlichen Chromosomenkonstitution nach seinem unwiderlegten Vortrag erst durch Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen im Jahr 2006 erfahren. Zur Geltendmachung der nunmehr streitgegenständlichen Ansprüche reichte die Kenntnis der "überwiegend weiblichen Anatomie der Geschlechtsorgane" ebenso wenig aus wie der jahrelang gehegte Wunsch, ein Leben als Frau zu führen.

Der Rechtsstreit ist bezüglich der Höhe noch nicht zur Entscheidung reif.

Hierzu bedarf es noch einer umfassenden Beweisaufnahme zu den Folgen des Eingriffs, weshalb es angezeigt erscheint, gem. § 304 Abs.1 ZPO über den Grund des mit der Klage geltend gemachten Schmerzensgeldanspruchs vorab zu entscheiden.

Oberlandesgericht Köln, 5 U 51/08

Datum: 03.09.2008
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Beschluss
Aktenzeichen: 5 U 51/08

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 179/07

Tenor:

Die Berufung des Beklagten gegen das Grundurteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln vom 06.02.2008 - 25 O 179/07 - wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt der Beklagte.

G r ü n d e :

Die im April 1959 geborene Klägerin, die entsprechend ihrem damaligen phänotypischen Erscheinungsbild als Junge aufwuchs, begab sich ab Ende des Jahres 1976 in die Medizinische Klinik des Krankenhauses N. zur Behandlung. Zuvor war im Zusammenhang mit einer im Krankenhaus L. durchgeführte Operation ein Kryptorchismus diagnostiziert worden. Bei der anschließenden klinischen Untersuchung waren jedoch weder im Hodensack noch in der Leistengegend Hoden tastbar. Auch bei der operativen Exploration fanden sich rechts weder Samenstrang noch Hoden, statt dessen ein ovarförmiges Gebilde mit Fimbrien. Auf der linken Seite des Unterbauchs wurde der gleiche Tastbefund erhoben. Die histologische Untersuchung einer Probeentnahme ergab Tube, Ovar und Nebenhoden bzw. ein Kanälchensystem, das einem Nebenhoden entspreche. Nebenbefundlich erfolgte die Diagnose einer Hypospadiе. Der Klägerin wurde daraufhin der Befund der Eierstöcke mitgeteilt mit der Einschätzung, dass sie "zu 60 %" eine Frau sei. Eine im Krankenhaus N. im Dezember 1976 erstellte Chromosomenanalyse ergab indessen eine normal weibliche Chromosomenkonstitution (46,XX). Davon erfuhr die Klägerin nichts. Nach weiterer Behandlung und Betreuung in der Medizinischen Klinik des Krankenhauses N. und nachdem die Klägerin, die durch die Befunde stark verunsichert war und sich mit Suizidgedanken trug, wieder weitgehend psychisch stabilisiert war und sich für eine operative Anpassung an ihr phänotypisch männliches Erscheinungsbild entschieden hatte, erfolgte am 12.08.1977 durch den Beklagten, der Facharzt für Urologie und Chirurgie ist und seinerzeit leitender Oberarzt der Chirurgischen Abteilung im Krankenhaus N. war, im Beisein des Oberarztes der Medizinischen Klinik Dr. I. der laparoskopische Eingriff zur laut Anästhesieprotokoll "Testovarektomie". Ausweislich der histologischen Untersuchung des entfernten Gewebes wurde ein 6 x 3 x 2 cm großer rudimentärer atrophischer Uterus mit einem flachen Endometrium, regelrechtem Myometrium und spärlichen Anteilen eines Portioepitels, Ovarialgewebe mit zystischen Follikeln, Primär- und Sekundärfollikeln sowie einzelnen Corpora albicantia entfernt. Männliches Keimdrüsengewebe in Form eines Testovars konnte nicht nachgewiesen werden.

Das Landgericht hat die im Jahre 2007 erhobene Klage auf Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 100.000 € für den nach Auffassung der Klägerin nicht indizierten und mangels Einwilligung rechtswidrigen Eingriff dem Grunde nach stattgegeben, weil der Beklagte die Klägerin mangels wirksamer Einwilligung rechtswidrig in vorsätzlicher und schuldhafter Weise durch die Entnahme der weiblichen Geschlechtsorgane in ihrer Gesundheit verletzt habe.

Mit Verfügung vom 02.07.2008 hat der Senat den Beklagten gemäß § 522 Abs. 2 Satz 2 ZPO darauf hingewiesen, dass beabsichtigt sei, seine gegen das landgerichtliche Urteil gerichtete Berufung gemäß § 522 Abs. 2 Satz 1 ZPO zurückzuweisen. Zur Begründung hat der Senat ausgeführt:

"Die Berufung hat keine Aussicht auf Erfolg, weil das angefochtene Urteil weder auf einer Rechtsverletzung beruht noch nach § 529 ZPO zugrunde zu legende Tatsachen eine andere Entscheidung rechtfertigen (§§ 522 Abs. 2 Nr. 1, 513 Abs. 1 ZPO). Das Berufungsvorbringen nötigt nicht zu weiterer Sachaufklärung oder ergänzender Beweiserhebung.

a) Nach den Angaben in der Behandlungsdokumentation der Medizinischen Klinik über die der Klägerin zuteil gewordene Aufklärung bedarf es keiner näheren Erörterung, dass das Selbstbestimmungsrecht der Klägerin in ganz erheblichem Maße verletzt worden ist. Damit fehlte es an einer wirksamen Einwilligung der Klägerin in die Operation, so dass sie ohne Zweifel rechtswidrig war.

Das führt jedoch noch nicht ohne weiteres zu einer Haftung des Beklagten. Im Ansatz weist der Beklagte

nämlich zu Recht darauf hin, dass er sich als letztlich nur für die Durchführung der Operation hinzugezogener Chirurg auf die Indikation und auch eine ausreichende und ordnungsgemäße Aufklärung seitens der überweisenden Ärzte, die die Operation erbeten hatten, verlassen darf (vgl. nur Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Auflage, 2006, Rn. 236; Geiss/Greiner, Arzthaftungsrecht, 5. Auflage, 2006, Rn. 128, jeweils m.w.N.). Er ist lediglich für die Aufklärung über die seinen Eingriff unmittelbar betreffenden spezifischen Risiken verantwortlich. Dazu hat die Klägerin indes nichts gerügt.

Für eine Haftung des Beklagten kommt es daher nicht darauf an, ob der Klägerin alle Umstände des Falles, wie es zur Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts erforderlich gewesen wäre, mitgeteilt worden waren. Anhaltspunkte dafür, dass der Beklagte gewusst hatte oder hätte wissen müssen, dass die Klägerin nach der Chromosomenanalyse vom Genotyp her weiblich war und dass dies der Klägerin nicht mitgeteilt worden war, ergeben sich weder aus den Krankenunterlagen noch kann die Klägerin dies beweisen.

Für eine Pflicht des Beklagten, sich selbst im Vorfeld der Operation noch zu vergewissern, dass eine hinreichende Aufklärung vorlag (vgl. Frahm/Nixdorf, Arzthaftungsrecht, 3. Auflage, Rn. 196), ist im konkreten Fall in Anbetracht der durchaus sorgfältigen und intensiven Behandlung der Klägerin in der Medizinischen Klinik nichts ersichtlich. Es spricht nichts dafür, dass er sich "ohne näheren Anhalt" auf die Erfüllung der Aufklärungspflicht verlassen hätte (vgl. dazu BGH NJW 1980, 633).

b) Der Grundsatz, dass der Arzt sich im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung auf die Indikation und ordnungsgemäße Aufklärung des zuweisenden Arztes verlassen darf, findet jedoch dort seine Grenze, wo gewichtige Bedenken gegen das diagnostische oder therapeutische Vorgehen des überweisenden Arztes bestehen. Anhaltspunkten für Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Behandlung und Aufklärung hat demnach auch der hinzugezogene Arzt nachzugehen. Denn liegen solche Zweifel vor, bleibt kein Raum für ein etwaiges Vertrauen. Er beteiligt sich dann schuldhaft an einem rechtswidrigen Eingriff.

Die hier entscheidende Frage ist demzufolge, ob intraoperativ Umstände aufgetreten waren, die dem Beklagten Anlass geben mussten, an der Richtigkeit der Indikation und/oder an einer ordnungsgemäßen Aufklärung der Klägerin zu zweifeln. Derartige Umstände waren vorliegend gegeben.

Nach den Ausführungen des bei der Operation anwesenden Internisten Dr. I. vom 14.08.1977 zeigte sich intraoperativ eine "normale weibliche Anatomie mit präpuberalem Uterus normal großen Ovarien ...". Ob dieser Befund im Detail dem späteren pathologischen Befund entsprach, kann dahin stehen. Denn jedenfalls zeigte sich ein erheblich anderes Bild als nach den Vorbefunden erwartet worden war. Auch ein "Testovar", weswegen die Operation nach dem Anästhesiebericht durchgeführt wurde und das der Beklagte entfernen sollte, wurde nicht gefunden (vgl. den pathologischen Bericht vom 16.08.1977). Dabei kommt es auf eine genaue Definition wiederum nicht entscheidend an. Der Beklagte selbst behauptet nicht, dass das, was sich intraoperativ darstellte, als "Testovar" hätte angesehen werden können und als solches entfernt worden wäre. Zudem war ihm im Zusammenhang mit der konsiliarischen Untersuchung vom Dezember 1976 bekannt, dass histologisch Ovarialgewebe und Nebenhoden gefunden worden waren. Es musste auch ihm also klar sein, dass das Vorgefundene sich essentiell von dem unterschied, zumindest über das hinausging, worauf offenbar die Indikation gründete. Für eine zwischenzeitliche Änderung der Indikation spricht nichts, dafür, dass es dabei geblieben ist, vielmehr die Bezeichnung der Operation als "Testovarektomie". Die Unterschiede liegen indes aufgrund des von Dr. I. dokumentierten intraoperativen Befunds auf der Hand und bedürfen keiner weiteren sachverständigen Aufklärung. Von der Richtigkeit der Ausführungen Dr. I.'s ist ebenfalls auszugehen. Dabei wird nicht verkannt, dass die Klägerin die Beweislast für das Vorliegen eines anderen bzw. weitergehenden Befundes trägt. Für die Richtigkeit des Befundes sprechen aber bereits die Feststellungen des Dr. I. nach seinem unmittelbaren Eindruck bei der Operation und offenbar darauf und auf dem pathologischen Bericht beruhend die mehrfachen Angaben in den Behandlungsunterlagen der Medizinischen Klinik, nach denen der Klägerin bei der Operation ein "normales inneres weibliches Genitale" (vgl. etwa den Arztbrief von Dr. Winkelmann vom 29.06.1978) entfernt worden sei. Hier gilt der – in diesem Fall zugunsten der Klägerin anwendbare - Grundsatz, dass einer ordnungsgemäßen und ersichtlich nicht fehlerhaften Dokumentation Glauben zu schenken ist. Außerdem hat der Beklagte selbst vorgetragen, dass "der intraoperative Befund aus Sicht des Zeugen Dr. I. am 14.08.1977 im Verlaufsbogen niedergelegt" wurde und es sich dabei "um das übliche Vorgehen im Falle des Hinzutretens zu einer Operation im benachbarten Fachgebiet" handele (vgl. den Schriftsatz des Beklagten vom 09.01.2008, Bl. 54, 57 GA). In Abrede gestellt hat er die Richtigkeit der Feststellungen Dr. I.'s aus dessen Sicht mithin nicht. Diese sich aus den Behandlungsunterlagen der Medizinischen Klinik ergebenden Indizien, die ohne Zweifel für einen anderen als den erwarteten Befund sprechen, reichen nach der Einschätzung des Senats für eine Beweisführung gemäß § 286 ZPO aus. Ob sich aus dem Operationsbericht etwas anderes ergibt, kann nicht mehr festgestellt werden. Weder für noch gegen den Beklagten lässt sich deshalb daraus etwas herleiten. Ausgehend somit allein von den Feststellungen in den Behandlungsunterlagen der Medizinischen Klinik, die der Klägerin die Beweisführung durch die sich daraus ergebenden Indizien ermöglichen, wäre es jedoch die

Sache des Beklagten diese Indizien zu entkräften. Dazu hat der Beklagte indessen nicht ausreichend vorgetragen. Soweit er den intraoperativen Befund im Hinblick auf die Vorbefunde in Zweifel zieht, ergibt sich aus den späteren Feststellungen in den Behandlungsunterlagen der Medizinischen Klinik mit Deutlichkeit, dass sich diese Vorbefunde so eben nicht bestätigten. Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, dass sich ihm als Urologen und Chirurgen, der sich einen solchen Eingriff zutraute und dem damit die anatomischen Verhältnisse der jeweiligen Geschlechter vertraut sein mussten, bei der Operation nicht ein wesentlich anderes, im Wesentlichen pathologisch bestätigtes Bild gezeigt haben sollte als das, was die Vorbefunde auswiesen.

c) Musste der Beklagte demzufolge ebenso wie Dr. I. erkennen, dass der intraoperative Befund sich essentiell anders darstellte als angenommen, musste er auch Zweifel daran haben, dass die von der Klägerin erteilte Einwilligung in die Operation die Entfernung sämtlicher und ausschließlich vorhandener weiblicher Genitalien deckte. Insoweit entlastet ihn auch nicht sein Einwand, er habe im Ganzen nur auf Anweisung und nach Vorgabe der Internisten gehandelt. Denn betroffen ist die Rechtmäßigkeit der von ihm durchgeführten Operation. Ihm kann nach den Grundsätzen der horizontalen Arbeitsteilung der Einwand der Rechtswidrigkeit nicht entgegengehalten werden, wenn er auf eine ordnungsgemäße Aufklärung vertrauen durfte. Ist dieses Vertrauen – wie hier durch den intraoperativen Befund - erschüttert, trägt er – wie auch sonst - die Verantwortung für die Rechtmäßigkeit seines Eingriffes. Daher spielt auch allein die Anwesenheit des Internisten Dr. I. bei der Operation sowie der Umstand, dass dieser nicht den Abbruch der Operation veranlasste, keine Rolle. Dafür, dass der Beklagte sich etwa bei Dr. I. vergewissert hätte, dass die Einwilligung der Klägerin auch den – weitergehenden – Eingriff deckte, ist nichts ersichtlich, wird vom Beklagten auch nicht vorgetragen.

d) Schließlich bedarf es zur Ermittlung des berufsfachlichen Sorgfaltsmaßstabs und zur Klärung der Frage, wer der behandelnden Ärzte worüber aufklärungspflichtig war, nicht der Einholung eines Sachverständigenutachtens. Denn es geht weder darum, welcher Behandler aufklärungspflichtig war, noch um die Frage eines Behandlungsfehlers, sondern um die Frage, ob der Beklagte schuldhaft gehandelt hat. Dafür ist maßgeblich, ob er an der Indikation und einer ordnungsgemäßen Aufklärung Zweifel haben musste und sich daher auf ein ordnungsgemäßes Vorgehen der überweisenden Internisten nicht (mehr) verlassen konnte. Das sind rechtliche Wertungsfragen, die der Senat aufgrund der hier festgestellten Tatsachen selbst und ohne sachverständige Hilfe entscheiden kann.

e) Letztlich greift auch die mit der Berufung aufrecht erhaltene Einrede der Verjährung aus den zutreffenden Gründen der angefochtenen Entscheidung, auf die insoweit verwiesen wird, nicht durch."

Die Stellungnahme des Beklagten vom 15.08.2008 zu diesem Hinweis gibt zu einer abweichenden und ihm günstigeren Beurteilung der Sach- und Rechtslage keine Veranlassung. Sie gibt insbesondere keine Veranlassung zur Aufhebung und Zurückverweisung der Sache an das Landgericht oder zu einer weitergehenden Aufklärung durch den Senat.

Die Voraussetzungen für eine Aufhebung des angefochtenen Urteils und eine Zurückverweisung der Sache an das Landgericht liegen nicht vor. Die Anwendung der Grundsätze der horizontalen Arbeitsteilung im Arzthaftungsrecht ist eine Frage der materiellen Rechtsanwendung. Ihr Unterlassen ist kein Verfahrensmangel, wie ihn die Vorschrift des § 538 Abs. 2 Nr. 1 ZPO für die Aufhebung und Zurückverweisung erfordert. Die übrigen Gründe des § 538 Abs. 2 ZPO für eine Aufhebung und Zurückverweisung sind ebenfalls nicht gegeben.

In der Sache ist der Senat weiterhin aufgrund der vorliegenden Indizien gemäß § 286 ZPO davon überzeugt, dass sich der bei der Operation vorgefundene Befund derart von dem unterschied, was durch die Operation entfernt werden sollte, dass der Beklagte Anlass hatte, in haftungsrechtlich relevanter Weise an einer ordnungsgemäßen Aufklärung durch die behandelnden Internisten zu zweifeln. Mit seinen gegen die entsprechenden Ausführungen in der Hinweisverfügung gerichteten Einwänden setzt der Beklagte lediglich seine eigene Würdigung der vorhandenen Indizien an die Stelle des erkennenden Gerichts. Damit sind jedoch Fehler in der Wertung des Senats nicht aufgezeigt. Der Senat hat nicht verkannt, sondern in der Hinweisverfügung ausdrücklich herausgestellt, dass die in dem Vermerk vom 14.08.1977 niedergelegten Feststellungen Dr. I's seinem unmittelbaren Eindruck bei der Operation entsprachen. Dass dieser Eindruck zunächst nur subjektiv sein kann, liegt auf der Hand. Dieser dokumentierte subjektive Eindruck ist von dem Beklagten indes nicht in Abrede gestellt worden, so dass keine Veranlassung besteht Dr. I. zu seiner schriftlich niedergelegten Einschätzung zu vernehmen. Für die Entscheidung des Rechtsstreits kommt es auch nicht darauf an, ob Dr. I. die chirurgische Situation entsprechend dem Facharztstandard eines Chirurgen einzuschätzen vermochte. Denn seine Einschätzung ist objektiviert worden durch den histologischen Befund, der im Wesentlichen mit der Einschätzung Dr. I's übereinstimmte. Wie in der Hinweisverfügung ausgeführt, liegt es unter diesen Umständen an dem Beklagten darzulegen, dass sich die

Situation nach dem Facharztstandard eines Chirurgen gleichwohl anders darstellte. Entgegen der Meinung des Beklagten führt das nicht systemwidrig zu einer Umkehr der Beweislast, sondern entspricht allgemeinen zivilprozessualen Beweisregeln, nach denen es dem Beweisgegner obliegt, Indizien, die wie hier den logischen Rückschluss auf eine zu beweisende Tatsache zulassen, zu entkräften. Das ist dem Beklagten jedoch auch mit seinen weiteren Einwänden nicht gelungen. Unerheblich ist hierzu der Hinweis auf die Dokumentation des vorbehandelnden Krankenhauses L.. Der Senat hat bereits darauf hingewiesen, dass sich durch die histologische Untersuchung des am 12.08.1977 entnommenen Gewebes gerade gezeigt hatte, dass der im Krankenhaus L. festgestellte Befund, so wie er seinerzeit anhand die Probenentnahme erstellt worden war, nicht richtig und unvollständig war. Zu berücksichtigen ist dabei, dass der Bauchraum der Klägerin im Krankenhaus in L. nicht vollständig geöffnet worden war, sondern nur die rechte Bauchhöhle, wo ein ovarförmiges Gebilde mit Fimbrien gefunden und gleichermaßen links ertastet wurde; der Uterus ist dabei ganz offensichtlich nicht gesehen oder übersehen worden. Im Übrigen hat der Beklagte an keiner Stelle behauptet, dass sich das intraoperative Bild, so wie es sich ihm darbot, dem entsprochen haben soll, was durch die behandelnden Ärzte in L. beschrieben worden war. Der Beklagte selbst vermag sich nunmehr daran zu erinnern, dass sich ihm Ansätze von verkümmerten Organen darstellten. Wie in der Hinweisverfügung ausgeführt, kann freilich davon ausgegangen werden, dass diese Organe sich bei bekannten Ovarien und Tuben und mit einem immerhin 6 cm langen Uterus auch dem Beklagten nach dem Facharztstandard eines Chirurgen, ebenso wie dem Internisten Dr. I., als weibliche darstellten. Darüber hinaus kommt es nicht darauf an, ob sich dem Beklagten vollständige "unversehrte" weibliche Geschlechtsorgane zeigten. Entscheidend ist, dass jedenfalls mehr an weiblichen Geschlechtsorganen vorhanden war als angenommen, nämlich alle, dagegen wider Erwarten keine Anzeichen für männliche Geschlechtsorgane, für ein Testovar vorlagen. Keine Rolle spielt weiter, dass der vorgefundene Uterus "rudimentär atrophisch" war. Dass dieser "verkümmerte" Uterus für den Beklagten, anders als für Dr. I., nicht mehr als solcher erkennbar gewesen wäre, hat der Beklagte nicht behauptet so dass es einer weiteren Aufklärung dieses Befundes durch Sachverständigengutachten nicht bedarf.

Es bleibt schließlich dabei, dass der Beklagte in Anbetracht der intraoperativ vorgefundenen Situation gewichtige Zweifel an einer ordnungsgemäße Aufklärung der Klägerin haben musste, so dass der Einwand der Rechtswidrigkeit des Eingriffs mangels ordnungsgemäßer Aufklärung auch gegenüber ihm als Operateur durchgreift. Der Beklagte sollte eine "Testovarektomie" durchführen, d.h. ein Testovar entfernen. Statt eines Testovars zeigten sind indessen komplette weibliche Geschlechtsorgane. Ob gleichwohl die Indikation zur Operation bestand oder der Beklagte davon ausgehen durfte, berührt nicht die Frage, ob die Klägerin insoweit ordnungsgemäß aufgeklärt war. Das war nicht der Fall und davon konnte auch der Beklagte unter Berücksichtigung der ihm bekannten Vorbefunde nicht ausgehen. Die Ausführungen des Beklagten in der Stellungnahme vom 15.08.2008 betreffen im Übrigen die Frage einer hypothetischen Einwilligung. Dafür spricht aber nichts, zumal wenn, wie der Beklagte selbst anführt, präoperativ sowohl eine männliche als auch eine weibliche Anpassung in Betracht gezogen worden war.

Die Berufung des Beklagten war nach alledem gemäß § 522 Abs. 2 S. 1 ZPO zurückzuweisen, da sie keine Aussicht auf Erfolg hat, der Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung zukommt und die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Senats aufgrund mündlicher Verhandlung nicht erfordern.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO.

Berufungsstreitwert: 100.000 €

Intersexuelle leiden unterm Zwang, entweder Mann oder Frau zu sein

Köln (LiZ). „So etwas hatten wir noch nicht“, sagte der Vorsitzende Richter Dietmar Reiprich, als er in der vergangenen Woche die Aktenlage zur Eröffnung des Prozesses feststellte, die allerdings dürftig ist. Die Düsseldorferin Christiane Völling – bürgerlich noch Thomas Völling – , vertreten durch ihren Anwalt Dr. Georg Groth, verklagt den Chirurgen, der ihr 1977 als damals 18-Jähriger Uterus und Ovarien entfernt haben soll, auf 100.000 Euro Schadenersatz. Eine Summe, die angesichts eines verpfuschten Lebens als nicht einmal hoch erscheint, und eine Klage, die Christiane wie einen Befreiungsakt erlebt - als ob ihr Leben jetzt erst beginnt.

Bei Christianes Geburt im Jahr 1959 im niederrheinischen Kalkar beging die Hebamme einen folgenschweren Fehler. Sie sah die vergrößerte Klitoris bei dem Säugling und hielt ihn für einen Penis. Das Mädchen wuchs – unter nie endendem Selbstzweifel, seelischem Schmerz und körperlichem Missbehagen – als Junge auf, bis 1976 bei einer Blinddarm-Operation festgestellt wurde: Hier stimmt was nicht.

Was genau es war, das da nicht stimmte, erfuhr die Patientin zuletzt. Da war sie bereits Mitte 40, hatte sich mit ihrem verstümmelten Körper, in dem sie nicht zuhause war, notdürftig arrangiert und in einem einsamen Leben, das ihr immer vorkam, als wäre es das Leben eines anderen, notgedrungen eingerichtet. Völling ist vom so genannten Androgenitalen Syndrom (AGS) betroffen, einer der klassischen Formen von Intersexualität, die zur hormoninduzierten äußeren Vermännlichung ansonsten biologisch eindeutiger Mädchen führt.

Laut Anästhesiebericht ihrer letzten, der entscheidenden Operation hatte sie eine „normale weibliche Anatomie“, hätte bei hinreichender Aufklärung mit einer operativ auf Durchschnittsgröße verkleinerten Klitoris ein Leben als Frau führen und nach einer Östrogenbehandlung vielleicht sogar Kinder haben können.

Warum der Operateur Völlings Eierstöcke und Gebärmutter damals in 1977 in einer Kölner Klinik entfernte, anstatt die offensichtliche Fehldiagnose auf entartete Hoden in Frage zu stellen und Völling vom Fluch der irrtümlichen Zwangszuweisung zum männlichen Geschlecht zu befreien, ist unklar. Der Beklagte war beim Verhandlungstermin nicht anwesend. Laut seinem Anwalt kann er sich nicht mehr an den damaligen Vorgang erinnern, die Akte mit dem OP-Bericht ist verschwunden. Vorhanden dagegen sind der eingangs erwähnte Anästhesiebericht nebst Verlaufsbogen und ein Brief, den der damalige Oberarzt am 5. Juni 1979 an das Kreiswehrratsamt schrieb und in dem er darum ersucht, seinen Patienten auszumustern, weil er „genotypisch weiblich“ und „über das Ausmaß der Erkrankung“ zwar „noch nicht vollständig informiert“ sei, ihm allerdings die „normalen weiblichen inneren Organe“ operativ entfernt worden seien.

Die fehlende Aufklärung und die folgerichtig ebenfalls fehlende schriftliche Einwilligung Völlings in die OP sind die zentralen Punkte der Klage, die Richter Reiprich nun beschäftigt, und die möglicherweise einen Präzedenzfall schafft.

Dass es zur Abweisung der Klage kommt, wie es die Gegenseite fordert, sieht Anwalt Dr. Groth als „sehr unwahrscheinlich“ an, vielmehr halte er es „für nicht ausgeschlossen“, dass es am 6. Februar 2008, für den der zweite Prozesstermin anberaumt ist, bereits zu einer Urteilsverkündung zu Gunsten seiner Mandantin komme.

Alternativszenarien könnten laut Dr. Groth, der bereits weit reichende Erfahrungen im Bereich der Arzthaftung gesammelt hat, „eine Beweisanordnung oder eine Aufforderung zu weiterer Einlassung der Parteien“ sein. „Hier wurde ein Volljähriger ohne Wissen und ohne Aufklärung verstümmelt“, bringt er die Tatsachen auf den für die Gegenseite wunden Punkt, an dem es kein Vorbeigibt, und hebt den „entscheidenden Hinweis des Vorsitzenden Richters“ hervor, dass „schon die Verletzung der Aufklärungspflicht urteilsrelevant“ sei.

Weder der Beklagte noch die Klägerin sind allein auf der Welt. Der Chirurg steht für eine Ärzteschaft, die in der Behandlung zwischengeschlechtlicher Menschen, die hierzulande erst seit etwa 50 Jahren öffentlich als solche wahrgenommen werden, noch unerfahren ist und dennoch auf medizinischen Standards beharrt, die nicht nur die Betroffenen selbst zum großen Teil als mindestens zweifelhaft, wenn nicht gefährlich falsch ablehnen.

Zweifelhaft deshalb, weil intersexuelle Syndrome vielfach gar keinen Krankheitswert haben. Gefährlich, weil beispielsweise eine contrachromosomale Hormonersatztherapie, wie sie nach Entfernung der Keimdrüsen fällig wird, gesundheitliche Schäden nach sich ziehen – spricht: krank machen – kann.

Die Forschung steckt noch in den Kinderschuhen, erste klinische Studien arbeiten gerade einmal das Für und Wider geltender Behandlungsstandards auf, entwickeln ethische Leitlinien. Bis Intersexuelle kompetente

spezialisierte medizinische Anlaufstellen für ihre Anliegen haben, werden noch Jahre vergehen.

Umso drängender fordern die Betroffenen, von denen einige am 12. Dezember vor dem Landgericht demonstrierten, dazu auf, mit der gängigen Praxis der zwanghaften, oft chirurgisch unterstützten Geschlechtszuweisung Schluss zu machen.

Das dritte Geschlecht

„Zwitter“ wehren sich gegen genitale Zwangsoperationen zwecks Geschlechtszuweisung / Interdisziplinäres Forum in Hamburg informierte über neue Forschungsergebnisse zur Intersexualität

Etwa 100.000 Menschen in Deutschland sind intersexuell. Sie haben sowohl weibliche als auch männliche Geschlechtsmerkmale, erscheinen äußerlich aber meist eindeutig als Frau oder Mann. Da die Gesellschaft noch kein drittes Geschlecht zulässt, treffen Chirurgen und Eltern oft frühzeitig die Entscheidung für eine geschlechtszuweisende Operation. Die Folgen können für die Betroffenen dramatisch sein. In Hamburg informierten Experten beim 2. Interdisziplinären Forum über neueste Forschungsergebnisse.

Das Urteil des Kölner Landgerichts war eine Sensation – und für die Klägerin, die Intersexuelle Christiane V. „wohltuend für die Seele“: Die Richter verurteilten einen Chirurgen zur Zahlung von Schmerzensgeld, weil er der damals 18-Jährigen vor 30 Jahren ohne umfassende Aufklärung Gebärmutter und Eierstöcke herausoperierte. Dieser Eingriff, so der Vorsitzende Richter Dietmar Reiprich, sei rechtswidrig gewesen. Der Kläger habe damit „in vorsätzlicher und schuldhafter Weise“ die Gesundheit der Klägerin verletzt (Az.: 25 O 179/07). Das Urteil birgt Brisanz und könnte wegweisenden Charakter haben, denn geschlechtszuweisende Operationen bei Intersexuellen waren und sind in deutschen Kliniken gängige Praxis. Jetzt scheint auch bei Ärzten ein Umdenkungsprozess in Gang gekommen zu sein.

Jedes 2000. Kind wird als „Zwitter“ geboren, also sowohl mit männlichen als auch weiblichen Geschlechtsmerkmalen. Allein in Deutschland wird die Zahl der Intersexuellen auf 80.000 bis 100.000 geschätzt. Da ein „drittes Geschlecht“ aber in Deutschland nicht akzeptiert wird und der Gesetzgeber „Eindeutigkeit“ verlangt, werden in der Regel vor dem 2. Lebensjahr geschlechtszuweisende Operationen vorgenommen, die Kinder danach systematisch angelogen. Die Folgen sind massive psychische und physische Schäden. Nach dem zynischen Motto „It's easier to make a hole than to build a pole“ (Es ist einfacher ein Loch zu graben, als einen Mast zu bauen) werden die meisten zwischengeschlechtlichen Menschen im frühen Kindesalter zu Mädchen gemacht. Chirurgen verkleinern bei diesen Operationen die zu große Klitoris respektive den zu kleinen Penis oder amputieren sogar.

Die Formen der Zwischengeschlechtlichkeit sind vielfältig, wie beim „2. Interdisziplinären Forum zur Intersexualität“ in Hamburg herausgestellt wurde. Christiane V. litt nach eigenen Angaben am sogenannten Adrenogenitalen Syndrom (AGS), einer genetischen Stoffwechselerkrankung, die bereits im Mutterleib einsetzt. Durch einen Enzymdefekt kommt es dabei zu einer Überproduktion von männlichen Hormonen in der Nebennierenrinde mit der Folge, dass sich bei Mädchen die Klitoris zu nahezu penisähnlicher Größe entwickelt. Bei Christiane V. wurde das AGS nicht erkannt, sie wurde in der Folge als Junge mit dem Namen Thomas aufgezogen.

AGS muss lebenslang mit Kortison behandelt werden. Geschieht das nicht, kann die körperliche Pubertät bereits im Alter von fünf oder sechs Jahren einsetzen. Dies musste auch Christiane V. erleben. Als weitere Nebenwirkung war durch das AGS die Salzversorgung des Organismus massiv gestört, sie musste erhebliche Mengen Salz zusätzlich aufnehmen. Vor allem aber spürte sie, dass sie eigentlich ein Mädchen war. Folge der psychischen Qualen waren Suizidgedanken.

Mit 17 wurde die Tragödie für sie zur Katastrophe: Vor einer Blinddarm-OP entdeckte ihr Hausarzt beim „Thomas“ eine intakte Gebärmutter und Eierstöcke. Ein Jahr später wurden die Organe von einem anderen Arzt entfernt, ohne dass sie hinreichend darüber aufgeklärt wurde. Es folgten weitere Eingriffe zum Aufbau eines männlichen Geschlechtsorgans. Nach einem Zusammenbruch vor zwei Jahren machte sie eine Therapie, forschte in alten Patientenakten – und fand eine Notiz des Oberarztes: Sie sei „genotypisch weiblich“, aber „über das Ausmaß der Erkrankung nicht vollständig informiert worden“, die Diagnosen dürften ihr „auf keinen Fall mitgeteilt werden“. Christiane reichte Klage gegen den Chirurgen ein, forderte 100.000 Euro Schmerzensgeld.

Entscheidend in dem komplizierten Fall war laut Gericht, dass vor der Operation alle Beteiligten davon ausgegangen waren, dass die Patientin ein gemischt weiblich-männliches Geschlecht aufwies und ihre inneren weiblichen Geschlechtsorgane verkümmert seien. Nach der Öffnung des Bauchraumes habe der Chirurg jedoch keine männlichen Keimdrüsen gefunden, sondern ausschließlich intakte weibliche Geschlechtsorgane, betonte der Richter. Dem Urteil zufolge hätte der damalige Arzt einer Kölner Klinik den Eingriff sofort beenden und die Patientin umfassend über die neuen Erkenntnisse aufklären müssen.

Das Kölner Gerichtsurteil war nicht nur eine „moralische Wiedergutmachung“ für Christiane V., es rückte auch das Schicksal der Intersexuellen in den Focus der Öffentlichkeit. Während etwa Transsexualität häufig Gegenstand der öffentlichen Diskussion sei, so Dekan Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus bei der Veranstaltung

in Hamburg, sei Intersexualität kaum ein Thema. Dabei sei das Verhältnis der Prävalenz 1:10. Häufig werden „Zwitter“ mit Transsexuellen in einen Topf geworfen, die sich biologisch eindeutig als Männer oder Frauen im falschen Körper fühlen.

Diese sogenannte Identitätsstörung wurde Christiane V. auch von MDK Gutachtern unterstellt, so Aktivisten von „Intersexuelle Menschen e.V.“ Der Amtsrichter habe bei der beantragten Personenstandsänderung versucht, Christiane V. als Transsexuelle darzustellen, sie zu einer Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz zu drängen und den entsprechenden Begutachtungsprozess durchlaufen zu lassen. Das Vorgehen beider Seiten habe System: „Mediziner schieben gerne eine Identitätsstörung vor, um Zwangsoperationen vertuschen zu können.“

Der „eingespielte medizinisch-bürokratische Teufelskreis“ sieht im Fall Christiane V. laut der Initiative so aus: „Der MdK-Gutachter verlangt als Voraussetzung für eine Rekorrektur-OP die geänderte Personenstandsurkunde, der Amtsrichter wiederum befindet, ohne vorherige Operation keine geänderte Personenstandsurkunde.“ Wie viele Varianten der Intersexualität vorkommen, erläuterte beim Interdisziplinären Forum Prof. Dr. Gernot Sinnecker aus Wolfsburg. Neben dem schon beschriebenen AGS, der häufigsten Form der Intersexualität, gibt es etwa auch das Androgen Insensitivity Syndrom (AIS), veralteter Begriff: testikuläre Feminisierung. Die Menschen mit AIS kommen mit einem weiblichen äußeren Genitale zur Welt. Die Androgenresistenz fällt entweder durch Leistenbrüche in der Kindheit auf, wenn dabei Hoden entdeckt werden, oder durch das Ausbleiben der Menstruation in der Pubertät, was meist zu einem Besuch beim Gynäkologen führt, so Claudia Lang in ihrem Buch über Intersexualität. „Der kann dann feststellen, dass die vermeintlichen Mädchen keinen Uterus, dafür aber Hoden und xy-Chromosomen haben. Die Betroffenen entwickeln sich äußerlich normal weiblich, haben aber keine Eileiter, Eierstöcke und Gebärmutter, ihre Vagina kann verkürzt sein und endet blind.“ Ursache: Es fehlen die Rezeptoren für die männlichen Sexualhormone. Umgangssprachlich werden Menschen mit xy-Chromosomen, die also genetisch männlich sind, und weiblichem äußeren Erscheinungsbild auch als xy-Frauen bezeichnet. Manchen Schauspielerinnen, Sportlerinnen und Models werde eine Androgenresistenz nachgesagt, so Autorin Ulla Fröhling. Denn die erstaunliche Folge dieser Genveränderung sei „perfekte Weiblichkeit“, äußerlich jedenfalls: „schlanke, großgewachsene Frauen mit dichten, kräftigen Haaren, wunderbar reiner Haut und schönen Brüsten.“

Intersexualität kann auch bedeuten, dass Enzymdefekte erst in der Pubertät zu einer Vermännlichung führen. Dann wächst Mädchen, die mit eher weiblichen Genitalien auf die Welt kamen, ein Penis, es kommt zu Stimmbruch und Bartwuchs. Die „echten“ Hermaphroditen, die sowohl Eierstöcke als auch Hoden haben können und deren Genitalien „uneindeutig“ sind, bilden eine weitere Gruppe der Intersexuellen. Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt untersuchte mit einer Forschergruppe die Behandlungserfahrungen sowie das psychische und körperliche Wohlbefinden von Intersexuellen. Ergebnisse: Trotz geschlechtszuweisender Operation hatten viele eine Intersex-Geschlechtsidentität, fühlten sich sowohl männlich als auch weiblich. Es kam häufig nach der Keimdrüsenentfernung zu großen psychischen Problemen, Unsicherheit führte zu Traumatisierung. „Die negativen Auswirkungen der Behandlungen wurden unterschätzt“, so Richter-Appelt. Zudem klagten viele Intersexuelle über geringe sexuelle Lebensqualität.

Vor dem Forum schilderten sexuelle Lebensqualität. Vor dem Forum schilderten Betroffene plastisch die Folgen der medizinischen Eingriffe. Eine Kastration bedeute eine lebenslange Substitution mit körperfremden Hormonen, da die Grundlagen der Geschlechtszuweisung aufrecht erhalten werden müssen, erläuterten sie. Folge: eine lebenslange Medikamentenabhängigkeit.

Mittlerweile nimmt die Medizin Abstand zu der Unbeschwertheit, mit der Kindern operativ ein Geschlecht zugewiesen wurde. Prof. Dr. Milton Diamond aus Hawaii rief ein Menschenexperiment ins Gedächtnis der Zuhörer, das beweisen sollte, dass geschlechtliche Identität ein soziales Konstrukt ist, dass z.B. durch Erziehung aus einem biologischen Jungen auch ein Mädchen gemacht werden könne. Die Gelegenheit dazu kam am 27. April 1966 mit der missglückten Beschneidung des kleinen Bruce Reimer, die einen völlig verbrannten Penis und unglückliche Eltern zurückließ. Diese wandten sich an den Sexualforscher John Money, der Transsexuelle operierte und die Ansicht vertrat, dass das Geschlecht eines Babys keine Rolle spiele. Er befürwortete eine Geschlechtsumwandlung, und so wurden dem Jungen Hoden und Samenleiter entfernt. Aus der verbleibenden Hodenhaut formte Money eine äußere Vagina.

Als „Brenda“ wachte Bruce wieder auf. Er wuchs neben seinem eineiigen Zwillingbruder Brian fortan als Mädchen auf, erfuhr von seinen Eltern nie die Wahrheit. Money triumphierte, schien sich doch seine These

von der Formbarkeit geschlechtlicher Identität zu bestätigen: Brenda war seiner Ansicht nach ein zufriedenes Mädchen mit typisch weiblichen Eigenschaften, während Brian sich dominant männlich entwickelte. Und die Wahrheit: Brenda blieb in der Schule weit hinter Brian zurück, verbrachte eine unglückliche Kindheit und Jugend. In der Pubertät, die durch künstliche Hormone ausgelöst werden sollte, kam es zu einer Krise. Als Brenda erfuhr, dass sie als Junge geboren worden war, lebte sie ab sofort wieder als Junge und nannte sich fortan David. Später heiratete er und adoptierte die Kinder seiner Frau. David Reimer beging am 4. Mai 2004, im Alter von 38 Jahren, Suizid.

Fortschrittliche Mediziner respektieren heute das Recht des Kindes und Jugendlichen auf Partizipation und Selbstbestimmung. Das bedeutet: Komplette Information und falls Operation, dann erst nach der Pubertät. Die Frage ist auch, ob man überhaupt operieren muss. Denn, so Prof. Sinnecker, Intersexualität ist nicht als Krankheit aufzufassen, sondern als Variante der Natur.

Michael Freitag