



REPUBLIC ÖSTERREICH



**TEILURTEIL**

**IM NAMEN DER REPUBLIK**

Das Landesgericht für Zivilrechtssachen [redacted] Abteilung 34, erkennt durch die Richterin [redacted] in der Rechtssache der klagenden Partei **Susanne Zach**, [redacted] vertreten durch DDr. Franz Zach, [redacted] vertreten durch 1.) [redacted] Rechtsanwalt in [redacted] 2.) Dr. med. [redacted] Arzt und Rechtsanwalt [redacted], Einvernehmensanwalt Dr. [redacted] Rechtsanwalt in [redacted], gegen die beklagte Partei [redacted] vertreten durch Dr. [redacted] Rechtsanwalt in [redacted] und dem Nebenintervenienten auf Seiten der beklagten Partei Univ. Prof. Dr. [redacted] pA Universitätsklinik für Chirurgie, [redacted] vertreten durch [redacted] Rechtsanwaltspartnerschaft in [redacted] wegen 1.) [redacted] **Feststellung (Streitwert EUR [redacted]) nach durchgeführter, öffentlicher mündlicher Streitverhandlung zu Recht:**

1. Das Klagebegehren des Inhalts, es werde festgestellt, dass die beklagte Partei für sämtliche Schäden haftet, die der Klägerin zukünftig aus den verfahrensgegenständlichen Behandlungen im Universitätsklinikum [redacted] im Zeitraum **21.3.1999 bis 28.10.1999** entstehen, wird *abgewiesen*
2. Die Kostenentscheidung bleibt der Endentscheidung vorbehalten.



Zach  
Zach

1  
2

www.justiz.gv.at

## ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

Am 23.3.1999 wurde die Klägerin aufgrund eines angeborenes Turner-Syndroms mit Aneurysma der Aorta Ascendens und zusätzlich cardiovaskulären Fehlbildungen [bikuspide (zweisegeliger) Aortenklappe und varoperierter Aortenisthmusstenose und Koronarabnormalitäten] sowie einer schweren degenerativen Aortenwunderkrankung vom Nebenintervenienten Univ. Prof. Dr. [REDACTED] operiert. Dabei wurde der Klägerin ein Conduit (klappentragendes Gefäßsegment) mit mechanischer Herzklappenprothese eingesetzt

In der Folge kam es an diesem Implantat zu einer bakteriellen Infektion und es entwickelte sich eine Prothesenendokarditis, im Zuge derer die Klägerin ab November 1999 mehrmals stationär behandelt wurde. Am 30.01.2000 kam es zu einer Heparinüberdosierung. Schließlich erlitt die Klägerin am 02.02.2000 eine Hirnblutung. Am 15.07.2000 beendete die Klägerin die Behandlung bei der Beklagten (*unbestrittener Sachverhalt*)

Mit der am 30.12.2003 eingelangten Klage begehrt die Klägerin gegenüber der Beklagten – zuletzt – (1.) die Bezahlung eines Betrages von EUR [REDACTED] an Schmerzensgeld und (2.) die Feststellung, dass die Beklagte für sämtliche Schäden haftet, die ihr zukünftig aus den verfahrensgegenständlichen Behandlungen im [REDACTED] im Zeitraum 21.03.1999 bis 15.07.2000 entstehen [REDACTED].

Mit Beschluss vom 25.03.2004 wurde das Verfahren gemäß § 189 ZPO auf den Grund des Anspruchs eingeschränkt. [REDACTED]

Die Klägerin stützt ihren Klagsanspruch auf mehrere Rechtsgründe im Zusammenhang mit den Behandlungen im Zeitraum von 21.03.1999 – 15.07.2000. Es war daher zweckmäßig, den ersten - wesentlichen - Behandlungsschritt (Aufklärung und Durchführung der Operation vom 23.03.1999 sowie die Nachfolgebehandlung bis 28.10.1999) durch dieses Urteil zu erledigen. ([REDACTED])

Die Klägerin bringt dazu – auf das Wesentliche für das Urteil maßgeblich zusammengefasst – vor, dass ihr ohne ordnungsgemäße Aufklärung der gesetzlichen Vertreter im Zuge dieser Operation gleichzeitig ein Conduit (klappentragendes Gefäßsegment) mit mechanischer Herzklappenprothese implantiert worden sei. In der Folge sei es an diesem Implantat zu einer bakteriellen Infektion gekommen, sodass

sich eine lebensbedrohliche Infektion (Prothesenendokarditis) am Herzen entwickelt habe. Die Aushändigung einer Gebrauchsanweisung des Implantats sei nicht erfolgt. Darüber hinaus habe keine medizinische Indikation bestanden, die bestehende Aortenklappe durch eine mechanische Kunststoffklappe zu ersetzen. Die Implantation sei ohne Aufklärung über alle Vor- und Nachteile dieser Methode und auch ohne Aufklärung darüber, dass eine klappenerhaltende Operation möglich gewesen wäre, erfolgt. Dies hätte die operationsbedingte nunmehr dadurch notwendige, lebenslange Blutverdünnung erspart. Zudem seien in Frage kommende adäquate Alternativen (Kunstklappe versus Humanpräparat/Homograft) nicht besprochen und die gesetzlichen Vertreter darüber nicht aufgeklärt worden.

Bei einem Verzicht auf eine Ersetzung der Herzklappe wäre eine lebenslange Antikoagulationspflicht unter Verwendung verschreibungspflichtige Medikamente und massive Auswirkungen auf die tägliche Lebensführung vermeidbar gewesen. Im Hinblick auf die Aorta ascendens habe die Beklagte gleich zwei aufklärungspflichtige Behandlungsalternativen übergangen. Die Aorta ascendens hätte statt mit der [REDACTED] [REDACTED] Prothese auch durch ein weniger infektionsanfälliges [REDACTED] ersetzt werden können. Ein Zuwarten bzw. Belassen der Herzklappe wäre als ernsthafte Alternative gegeben gewesen, da diese funktionsfähig gewesen sei und das typische und durch ein Zuwarten die Prothesenbesiedlung mit den bei der Klägerin stets latent vorhandenen Bakterien vermieden werden hätte können, sowie darüber hinaus auf die selbst wieder riskobehaftete Antikoagulation hätte verzichtet werden können. Auf die greifbare Möglichkeit des Erhaltes der Aorta ascendens durch Anwendung der Ummantelungstechnik als konservative und weniger invasive Variante sei ebenfalls nicht hingewiesen worden.

Die Beklagte bestritt, beantragte Klageabweisung und wandte im Wesentlichen ein, dass die – nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung – geforderten Vorbedingungen für das Vorliegen der Indikation zu der Operation vom 23.3.1999 im Fall der Klägerin zweifelsohne erfüllt gewesen seien. Gerade auf Grund der bei der Klägerin bereits im Neugeborenenalter erfolgten Operation im Isthmusbereich der Aorta und der bestehenden Befundkonstellation und auch deshalb, da die deszendierende Aorta als Ausgangspunkt weiterer Aneurysmen, Dissektionen und Rupturen bekannt sei, sei im Sinne der medizinischen Wissenschaft eine möglichst vollständige Sanierung der aufsteigenden Aorta und Aortenwurzel

anzustreben gewesen. Auf Grund der anatomischen Voraussetzungen sei eine Erhaltung der Aortenklappe technisch-chirurgisch nicht möglich gewesen und wäre ein Erhaltungsversuch auf Grund der Gefahr einer schweren Insuffizienz unverantwortlich gewesen. Somit habe die Indikation zum Klappenersatz medizinisch bestanden. Es habe für die Klägerin keine echte gleichwertige oder bessere Behandlungsmethode im Hinblick auf Therapie und Wirkung als die von den Ärzten gewählte bestanden.

Die Klägerin bzw deren [REDACTED] seien von den behandelnden Ärzten, insbesondere dem Nebenintervenienten über die gesamte Operation im Detail und die dabei bestehende Notwendigkeit des Aortenklappenersatzes sowie über alle mit dem chirurgischen Eingriff verbundenen typischen Komplikationen und Risiken in mehrfachen intensiven Gesprächen umfassend aufgeklärt worden.

Die Originalverpackung der bei der Klägerin verwendeten [REDACTED] Herzklappenprothese enthalte lediglich eine Bedienungsanleitung für den Anwender/operierenden Arzt und ein Registrierungsformblatt, jedoch kein Formblatt bzw ähnliches zur Weitergabe an den Patienten. Auch auf die Gefahr der bakteriellen Entzündungen, wie Erysipel, das bei Vorhandensein einer Kunststoffklappe eine Gefahr für eine Herz-Innenhautentzündung (Endokarditis) bedeuten könne, seien die Eltern der Klägerin von den Ärzten wiederholt und mit Nachdruck hingewiesen worden. Abgesehen davon sei von einer hypothetischen Einwilligung auszugehen, zumal keine plausiblen Gründe dafür vorliegen würden, dass die Klägerin bzw ihre Eltern nicht zur tatsächlichen Operation zugestimmt hätten, wären sie vorher aufgeklärt worden.

Unter dem Aspekt des rechtmäßigen Alternativverhaltens verwies die Beklagte darauf, dass es in Bezug auf die Endokarditisgefahr keinen Unterschied mache, ob die Operation radikal oder mit dem bloßen Aortenersatz durchgeführt werde, zumal bikuspidale Aortenklappen häufiger von Endokarditis betroffen seien, sodass es auch bei einem bloßen Aortenersatz zu ähnlichen Konsequenzen gekommen wäre, wie die Prothesenendokarditis des [REDACTED].

Auf Grund der Streitverkündung der Beklagten trat Univ. Prof. Dr. [REDACTED] mit Schriftsatz vom 03.08.2004 auf Seiten der Beklagten als Nebenintervenient bei und verwies darauf, dass er im Rahmen der von ihm am 23.03.1999 durchgeführten Operation „lege artis“ vorgegangen sei und zuvor eine ordnungsgemäße Aufklärung erteilt habe. Im Zuge der Operation sei es erforderlich gewesen, die bikuspidale

[REDACTED]

Aortenklappe auf Grund des bestehenden Befundes und auf Grund der zusätzlich im Zuge der Operation festgestellten Koronaranomalie mit einem gedoppelten Ostium der Kranzarterie mit einem abnormen Abgang einer Koronararterie zu entfernen und einen prothetischen Aortenwurzelersatz mit mechanischer Herzklappenprothese zu implantieren. Die Entfernung der bikuspiden Aortenklappe sei jedenfalls medizinisch indiziert gewesen. Dem Nebenintervenienten sei daher weder vor der Operation (Aufklärung) noch im Rahmen des operativen Eingriffs und auch im Rahmen der Nachbehandlung kein Fehlverhalten vorzuwerfen.

#### **Feststellungen:**

1. Bei der Klägerin war bereits vorgeburtlich ein Turner-Syndrom (X0) bekannt. Postpartal wurde zusätzlich eine präduktale Aortenisthmusstenose mit offenem Duktus und eine bikuspidale Aortenklappe echokardiographisch diagnostiziert, woraufhin am 16.10.1986 die Operation derselben mittels subclavian-flap-Plastik durchgeführt wurde. Der postoperative Verlauf war durch eine Sepsis, Lungenblutung und Pleuraergüsse kompliziert, sodass die Klägerin 17 Tage beatmet werden musste. Später trat dann eine Cholestase auf, die sich aber spontan zurückbildete. Auch der neurologische Verlauf war unauffällig. Am 19.11.1986 konnte die Klägerin aus der stationären Pflege entlassen werden. Sie wurde mehrfach ambulant kontrolliert, die weitere Entwicklung war unauffällig. (Gutachten Prof. Dr. [REDACTED] Herzzentrum [REDACTED]) Die Klägerin befand sich im Jahr 1989 einmal wegen eines Erysipels stationär in Behandlung. (Zeuge Univ. Prof. Dr. [REDACTED])

2. Im Rahmen der ambulanten Nachsorge wurde bei den durchgeführten Untersuchungen schließlich eine zunehmende Dilatation der aufsteigenden Körperhauptschlagader (Aorta ascendens) festgestellt. In der Computertomographie vom 22.05.1997 wurde der maximale Durchmesser der Aorta ascendens und des Aortenbogens bereits mit 4,2 cm beschrieben. In einer Computertomographie vom 25.01.1999 wurde der Durchmesser in diesen Gefäßsegmenten dann mit maximal 4,9 cm festgehalten. In beiden Untersuchungen wird keine Aussage zum Durchmesser der Aortenwurzel gemacht. (Beilagen J36 und J37; Zeuge Univ. Prof. Dr. [REDACTED])

In den dokumentierten echokardiographischen Verlaufskontrollen wurde der Durchmesser der Aorta ascendens deutlich geringer angegeben. Eine Untersuchung

[REDACTED]

---

am 21.05.1997 beschreibt zwar einen weiten Aortenbogen und eine weite Aorta ascendens, der Durchmesser wird jedoch nur mit 2,5 cm angegeben. Bei dieser Untersuchung wurde diagnostiziert, dass die Aortenklappe kompetent gewesen ist, das heißt ihre Ventilfunktion regelrecht erfüllt hat. Angaben zu einem Druckgradienten über der Aortenklappe fehlen in dem Befundbericht.

Der Aortendurchmesser in den CT-Untersuchungen wird exakter bestimmt, zumal die hier festgestellten Durchmesser auch besser mit den Werten aus der Herzkatheteruntersuchung korrelieren. Die Herzkatheteruntersuchung vom 03.07.1997 erbrachte bereits einen Durchmesser der Aorta ascendens von 4,8 cm bei einem Aortenwurzeldurchmesser von 2 cm. Bei der invasiven Druckmessung im Rahmen dieser Untersuchung ergab sich darüber hinaus auch kein Anhaltspunkt für eine Fehlfunktion der Aortenklappe (*Gutachten Prof. Dr. R. [REDACTED]*).

Nach mehreren internen Besprechungen auf der Kinderklinik wurde bei der 4. Angiobesprechung am 10.03.1999 festgelegt „*bei bestehendem Aortendurchmesser von 5 cm und der bikuspiden Aortenklappe besteht eine Indikation sowohl Klappe als auch Aorta prothetisch zu ersetzen. Dies kann nächste Woche durchgeführt werden; die Eltern werden telefonisch verständigt.*“ Letztlich muss aber der Chirurg intraoperativ entscheiden, auf welche Art er operiert. (*Beilage 138; Zeuge Univ. Prof. Dr. [REDACTED]; Aussage des Nebenintervenienten Univ. Prof. Dr. [REDACTED]*).

3. Nach der CT-Untersuchung im Jänner 1999 führte der Nebenintervenient Univ. Prof. Dr. [REDACTED] mit der [REDACTED] der Klägerin – der damals allein Obsorgeberechtigten – ein Gespräch über die vorliegende Erkrankung, wobei primär das Aneurysma thematisiert wurde. Dabei legte der Nebenintervenient dar, dass dieses Aneurysma lebensbedrohlich ist und daher ein Eingriff ansteht. Er erklärte ihr auch, dass dieses Aneurysma vermutlich auf eine degenerative Veränderung der Gefäßwand zurückzuführen ist. Im Zuge des operativen Eingriffs müsste ein Teil der Aorta entfernt werden und durch eine entsprechende Prothese ersetzt werden. Dabei bestehe die Möglichkeit, eine künstliche Prothese einzusetzen oder eine solche aus biologischem Material (Leichenaorta/Homograft). Betreffend den Aortaersatz wies der Nebenintervenient die [REDACTED] der Klägerin darauf hin, dass es sich bei dem künstlichen Ersatz um eine weltweit standardisierte Prothese handelt und auch eine

*Beilage 138*



unbegrenzte Lebensdauer aufweist im Vergleich zum [REDACTED] welches degenerativen Veränderungen ausgesetzt ist und nach zirka sechs bis sieben Jahren allenfalls wieder ausgetauscht werden müsse. Vor diesem Hintergrund legte der Nebenintervenient der [REDACTED] der Klägerin seine Präferenzierung eines künstlichen Aortenersatzes dar (*Aussage des Nebenintervenienten Univ. Prof. Dr. [REDACTED]* [REDACTED]).

Der zweite wesentliche Punkt in Bezug auf diese Operation bestand in der Problematik der Herzklappe, zumal bei der Klägerin eine bikuspidale Herzklappe vorlag und daher auf Grund der vorangegangenen Besprechungen auch unter Hinzuziehung der Kardiologen zu klären war, ob man die bestehende Herzklappe erhalten kann oder diese ersetzt werden müsse. Der Nebenintervenient wies die [REDACTED] der Klägerin darauf hin, dass im Zuge dieser Operation allenfalls auch die Herzklappe ersetzt werden müsse, was jedoch intraoperativ zu entscheiden wäre, zumal man erst im Zuge der Operation den Zustand der Aortawand und der Klappe selbst feststellen kann. Als Alternativen bestanden damals der Einsatz einer mechanischen Herzklappe, einer Homograftklappe oder einer biologischen Herzklappe aus tierischem Gewebe. Letztere schloss der Nebenintervenient jedoch bei der Klägerin aus, zumal insbesondere bei Kindern eine besonders starke Degeneration bestünde, sodass diese Variante gegenüber der [REDACTED] kurz angesprochen wurde, jedoch vom behandelnden Arzt ausgeschlossen wurde.

Hinsichtlich der Konsequenzen der beiden anderen Klappen machte der Nebenintervenient die [REDACTED] der Klägerin darauf aufmerksam, dass bei einer Homograftklappe zwar keine Antikoagulation bestehen würde, jedoch ebenfalls eine Prophylaxe betreffend Endokarditisgefahr bestehe. Betreffend die mechanische Herzklappe legte der Nebenintervenient dar, dass in diesem Fall eine lebenslange Antikoagulation bestehen würde. Die Risiken einer mechanischen Klappe bestünden auch darin, dass es zu Blutungen, aber auch zu einer Thromboembolie (Gerinnsel in der Klappe selbst) und auch zu einer Endokarditis kommen kann.

Univ.Prof. Dr. [REDACTED] wies daraufhin, dass bei Einsatz einer [REDACTED]-Herzklappe auf Grund der höheren Lebenserwartung bei Kindern mit einer Re-Operation bzw mit Folgeoperationen in einem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren zu rechnen sein wird, hingegen bei Einsatz einer mechanischen Klappe seiner Einschätzung nach es sich um eine lebenslänglich bestehende Variante handeln würde. Vor diesem Hintergrund

legte der Nebenintervenient der ████████ der Klägerin seine präferierte Operationsmethode in Form des Einsatzes einer mechanischen Vollkunststoffklappe dar, welche von der Beklagten bereits bewährt eingesetzt wurde. (Aussage des Nebenintervenienten Univ. Prof. Dr. ████████)

Dieses Aufklärungsgespräch führte der Nebenintervenient ausschließlich mit der Mutter der Klägerin, welche ihn anwies, dem Vater keine Auskünfte in Bezug auf die Behandlung der Klägerin zu erteilen (Aussage des Nebenintervenienten Univ. Prof. Dr. ████████ und Zeugin ████████). Dem Nebenintervenienten war jedoch die Korrespondenz, welche der Vater der Klägerin mit Ärzten in Amerika geführt hatte, bekannt. Die Experten in den ████████ bestätigten darin die Operationsindikation für den kompletten Austausch der Aortenwurzel und der Aortenklappe (Beilagen .14, .15 und .16; Aussage des Nebenintervenienten Univ. Prof. Dr. ████████).

Schließlich willigte die ████████ der Klägerin nach diesem am 22.03.1999 geführten Aufklärungsgespräch in die Operation zur Behandlung des Aneurysmas der Aorta ascendens mittels künstlicher Prothese und eines allfälligen mechanischen Klappenersatzes ein und unterfertigte den Aufklärungsbogen (Beilage .17, Aussage des Nebenintervenienten Univ. Prof. Dr. ████████). Selbst, wenn die ████████ der Klägerin nicht über alle Details der Operation und deren Risiken sowie Folgewirkungen und alternativen Behandlungsmethoden aufgeklärt worden wäre, hätte sie ihre Zustimmung zur vorliegenden Operation erteilt. (Schlussfolgerung des Gerichts)

4. Am 23.03.1999 führte der Nebenintervenient Univ. Prof. Dr. ████████ die Operation durch, wobei im Rahmen derer nach Eröffnung des Brustkorbs mittels Längsdurchtrennung des Brustbeins der Durchmesser der Aorta ascendens mit fast 5 cm bestimmt wurde. Aus dem Operationsbericht ergibt sich, dass die Aortenwurzel eng gewesen ist, die Patientin an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen wurde und die Operation bei einer Körpertemperatur von 32°C durchgeführt wurde. Die Aortenklappe sei bikuspid und zart angelegt gewesen. Nach Exzision der Klappe wurde ein Cabo Seal Conduit mit einer 21 mm großen Aortenklappenprothese in der Technik nach Bentall-DeBono implantiert. Im konkreten Fall wurde die Aortenklappe exzidiert und ein sogenanntes Conduit (Aortenklappe mit einer daran fest verbundenen Gefäßprothese) implantiert. Bei der Implantation wird der Nahring der



[REDACTED]

Aortenklappenprothese nach Entfernung der Klappensegel in der Aortenklappenannulus genäht. Das distale Ende der Prothese wird in den Aortenbogen anastomosiert und die Abgänge der Herzkranzgefäße werden über separate Öffnungen in der Prothese und mit dieser durch Naht verbunden. Damit ist die gesamte Aortenwurzel mit dem Sinus Valsalvae und die Aorta ascendens durch die Prothese vom Blutstrom ausgeschlossen. (Gutachten Prof. Dr. R. [REDACTED])

5. Die Operationsindikation bestand in der Steigerung des Durchmessers der Aorta ascendens von 7 mm innerhalb von zwei Jahren, was sich aus dem Vergleich der CT-Untersuchungen im Mai 1997 (Durchmesser 4,2 cm) und dem CT vom 25.1.1999 (Durchmesser 4,9 cm) ergibt (Univ. Prof. Dr. A. [REDACTED]). Im vorliegenden Fall kamen lediglich zwei Operationsmethoden in Frage. Entweder der isolierte Ersatz der Aorta ascendens mit Erhalt der bikuspiden Aortenklappe (1) oder der Ersatz der Aortenklappe und der Aorta ascendens mit einem klappentragenden Conduit (2), wie gegenständlich durchgeführt. (Gutachten Prof. Dr. [REDACTED]).

Auf Grund der Ergebnisse der präoperativen Befunde wäre grundsätzlich eine klappenerhaltende Operation möglich gewesen, da die Aortenklappe keine Fehlfunktion aufwies und sich auch intraoperativ keine Hinweise auf eine Fehlfunktion ergaben. Alternativ wäre es daher möglich gewesen, lediglich die Aorta ascendens mit einer Gefäßprothese zu ersetzen, wobei bei dieser Methode sowohl die bikuspidale Aortenklappe als auch die Sinus Valsalvae belassen worden wäre.

Sofern nur ein Ersatz der Aorta ascendens vorgenommen worden wäre, hätte die bikuspidale Aortenklappe zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Reoperation zwingen können. Zum einen durch Ausbildung einer Aortenklappenstenose oder einer Aortenklappeninsuffizienz, zum anderen durch eine Aortenklappenendokarditis. Die Inzidenz an Aortenklappenendokarditiden ist bei bikuspiden Aortenklappen nämlich deutlich erhöht. Eine weitere – wenn auch seltene Komplikation – hätte sich nach suprakoronarem Ascendenersatz einstellen können, insbesondere bei Vorliegen einer zystischen Medientekrose, wie im konkreten Fall; eine Dissektion der Aortenwurzel. Eine Dissektion der Aortenwurzel ist eine akut lebensbedrohliche Erkrankung, die nur durch eine sofortige Notoperation mittels Implantation eines Conduits behandelt werden kann. (Gutachten Prof. Dr. [REDACTED])

Der Ersatz der Aortenklappe und Aorta ascendens mit einem klappentragenden Conduit stellte zum damaligen Zeitpunkt eine sinnvolle, zielführende und somit auch medizinisch vertretbare Vorgehensweise dar und entsprach auch den damals überwiegenden medizinischen Standards. Eine Protheseninfektion kann auch nach isoliertem Ersatz der Aorta ascendens auftreten, wenn auch seltener. Darüber hinaus sind gerade bikuspidale Aortenklappen selbst häufiger von einer Endokarditis betroffen, was im konkreten Fall nach einem bloßen Ascendenersatz zu ähnlichen Konsequenzen geführt hätte, wie die Prothesenendokarditis des Conduit. Wäre es nicht zu der Prothesenendokarditis gekommen, hätte durch das gewählte Operationsverfahren aber mit sehr großer Wahrscheinlichkeit eine Reoperation mit nicht unerheblichem Risiko vermieden werden können. Die Entscheidung, der Klägerin ein Conduit zu implantieren, ist vor dem Hintergrund einer möglichst definitiven Behandlung des Herzfehlers daher nachvollziehbar und vertretbar sowie den medizinischen Standards entsprechend (Univ. Prof. Dr. [REDACTED]).

[REDACTED], *Schlussfolgerung des Gerichts*). Die schließlich bei der Klägerin durchgeführte Operation war medizinisch indiziert und – insbesondere nach dem damaligen Kenntnisstand – den gängigen Behandlungsstandards gemäß. Die Operation selbst wurde „lege artis“ durchgeführt (Prof. Dr. [REDACTED]).

Die Implantation eines Homografts war nicht indiziert und wäre im konkreten Fall nicht vertretbar gewesen, da keine prognostische Aussage möglich gewesen wäre, ob der langfristige Erfolg besser ist als bei Erhalt der funktionstüchtigen bikuspidalen Aortenklappe. Eine Raffung und Wrapping der Aorta ascendens kam nicht in Betracht, da bei dem bei der Klägerin bestehenden Aneurysma lediglich ein Aortaersatz möglich ist. (Univ. Prof. Dr. [REDACTED]).

6. Der Klägerin wurde bereits im ersten Lebensjahr der Endocarditispass ausgefolgt, zumal sie bereits kurz nach der Geburt am Aortenbogen operiert wurde und über eine bikuspidale Aortenklappe verfügte. Zudem wurde in den unterschiedlichen Ambulanzarztbriefen protokolliert „auf Endokarditis-Prophylaxe ist zu achten“. In einem derartigen Pass finden sich allenfalls allgemeine Angaben zur Notwendigkeit einer Endokarditis- und Antibiotikaprophylaxe. (Zeuge Univ. Prof. Dr.

[REDACTED]

In einem Implantatpass finden sich neben den persönlichen Angaben des Patienten, Daten über den Hersteller und Typ der Prothese, das Implantationsdatum und die Klinik, in welcher die Prothese eingesetzt wurde und eventuell der Name des Chirurgen. Allenfalls finden sich noch Angaben zur Notwendigkeit einer Antikoagulation bzw. Endocarditisprophylaxe. (Gutachten Prof. Dr. [REDACTED])

[REDACTED] Es kann nicht festgestellt werden, ob der Klägerin ein Implantatpass ausgehändigt wurde. Die postoperative Entwicklung bzw. der Ausgang der Behandlung der Klägerin im LKH [REDACTED] Universitätsklinikum wäre jedoch bei Aushändigung eines Implantat-Passes mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht anders gewesen. (Gutachten Prof. Dr. [REDACTED])

7. Nach der Operation verblieb die Klägerin bis 02.04.1999 zunächst in stationärer Pflege. Anschließend fanden ambulante Kontrolluntersuchungen statt, welche einen guten postoperativen Verlauf zeigten. Am 28.10.1999 wurde die Klägerin wegen eines rezidivierenden Erysipels der rechten Hand in der Allgemeinen Pädiatrischen Sprechstunde vorstellig (Gutachten Prof. Dr. [REDACTED]).

#### **Beweiswürdigung:**

Die getroffenen Feststellungen stützen sich jeweils auf die in Klammer angeführten Beweismittel.

In Bezug auf die – dem Teilurteil zugrundeliegenden – strittigen Fragen, war zu klären, ob eine medizinische Indikation zur tatsächlich stattgehabten Operation vorgelegen hat und ob eine entsprechende ordnungsgemäße Aufklärung der gesetzlichen Vertreterin der Klägerin vorab erfolgt ist.

#### **Zur Aufklärung:**

1. In diesem Punkt folgte das erkennende Gericht den überzeugenden Aussagen des Chirurgen Univ. Prof. Dr. [REDACTED]. Dieser führte nachvollziehbar aus, dass gerade bei einem derart schwierig gelagerten Fall und einer entsprechend komplexen Ausgangssituation mit der [REDACTED] der Klägerin ein ausführliches Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Gerade die Befundkonstellation und die unterschiedlichen

Methoden im Zusammenhang mit dem bevorstehenden Eingriff lassen keinen anderen Schluss zu, dass der behandelnde Arzt mit der allein obsorgeberechtigten [REDACTED] ein ausführliches und intensives Aufklärungsgespräch führte. Der Nebenintervenient konnte in seiner Aussage glaubhaft das Procedere und die internen Überlegungen darlegen. Schon allein daraus lässt sich ableiten, dass es sich um eine äußerst komplizierte und herausfordernde Ausgangssituation handelte, sodass eine Unterlassung einer umfangreichen Aufklärung völlig lebensfremd wäre. Univ. Prof. Dr. [REDACTED] gestand auch unumwunden zu, dass zum damaligen Zeitpunkt der mechanische Klappenersatz dem Stand der Technik entsprach und auf Grund des Alters der Klägerin dadurch eine Reoperation vermieden werden kann, sodass kein Zweifel daran bestand, dass er mit der [REDACTED] der Klägerin die entsprechenden Möglichkeiten sowie deren Vor- und Nachteile abklärte. Auch die [REDACTED] der Klägerin bestätigte in ihrer Aussage, dass sie in Kenntnis darüber war, dass durch diese Operation in der Folge eine Antikoagulation („Lebenslange Einnahme einer Tablette“) bei der Klägerin vorzunehmen sein wird. Dabei ist es durchaus möglich, dass – nicht zuletzt auf Grund der Ausführungen des Nebenintervenienten, welcher gegenüber der [REDACTED] der Klägerin den künstlichen Aortaersatz und die mechanische Herzklappe präferierte – bei [REDACTED] daher lediglich diese Variante in Erinnerung blieb und aufgrund des Schocks und der angespannten Situation die Erwähnung der anderen Alternativen auf Grund der Deutlichkeit des Nebenintervenienten zwischenzeitlich in den Hintergrund und schließlich in Vergessenheit geraten sind. Auch der Aufklärungsbogen, welcher von der [REDACTED] der Klägerin unterfertigt wurde, deutet darauf hin, dass ein Aufklärungsgespräch samt den allfälligen Komplikationen und Risiken dieses Eingriffs geführt wurde und wird auch von der [REDACTED] zugestanden, dass dieser Aufklärungsbogen mit dem Nebenintervenienten durchbesprochen wurde

2. Die Zeugin [REDACTED] vermittelte im Rahmen ihrer Einvernahme den Eindruck, sich im Nachhinein an bestimmte Gesprächsinhalte nicht mehr erinnern zu wollen und war wenig überzeugend in ihren Ausführungen dahingehend, was gewesen wäre, wenn sie ihrer Meinung nach ordnungsgemäß aufgeklärt worden wäre. [REDACTED] Zach gestand nämlich zu, dass es sich damals um eine Ausnahmesituation gehandelt hat und die Sorge um ihr Kind („Todesangst“) äußerst groß war. Vor diesem Hintergrund erscheint es daher wenig glaubhaft, dass sie allenfalls noch eine Zweitmeinung eingeholt hätte, keinesfalls – auf Grund der damaligen Familiensituation – jedoch nachvollziehbar ein Gespräch mit ihrem

██████████  
Ehemann gesucht hätte. Vielmehr ergibt sich aus der Aussage des behandelnden Arztes ein Vertrauen der ██████████ der Klägerin ihm gegenüber und fanden sich auch keine Anhaltspunkte im Beweisverfahren, warum ██████████ zum damaligen Zeitpunkt anders entschieden hätte. Dies nunmehr in das Gegenteil zu verkehren, war nicht überzeugend.

Vielmehr gewann das Gericht den Eindruck, dass die Klagsseite im Verfahren bestrebt war, die später gewonnenen Erkenntnisse im Zusammenhang mit den Vor- und Nachteilen einer mechanischen Klappe bzw Homografitklappe auf den damaligen Zeitpunkt der Operation umzulegen und den Eindruck zu vermitteln, dass damals keinesfalls eine Zustimmung zur tatsächlich stattgehabten Operation erteilt worden ist. Gegen diese Annahme spricht nicht zuletzt auch die vom Vater der Klägerin mit Experten aus den ██████████ geführte Korrespondenz, in welcher die gewählte Vorgehensweise bestätigt wird.

3. Unabhängig davon geht das Gericht jedoch zweifelsfrei davon aus, dass selbst, wenn die ██████████ der Klägerin nicht ordnungsgemäß über Behandlungs- und Operationsalternativen bzw den daran anknüpfenden Folgen aufgeklärt wurde, sie jedenfalls ihr Einverständnis zu der schließlich durchgeführten Operation gegeben hätte. Dies auf Grund der damaligen – wie sie selbst ausführte – Todesangst um ihr Kind, in welcher Situation sie daher wohl jedenfalls ein Einverständnis in die von einem routinierten und über Jahre lange Erfahrung verfügenden Herzchirurgen durchzuführende Operation gegeben hätte. Das damals bestehende Vertrauen wird auch durch die Aussage des Nebenintervenienten untermauert, welcher angab, den Eindruck gehabt zu haben, dass die Mutter der Klägerin ihm die Entscheidung überließ, auf welche Art die Operation erfolgen soll. Schon allein daraus lässt sich ableiten, dass ██████████ jedenfalls ihre Zustimmung zur gegenständlichen Operation erteilt hätte.

#### Zur Operationsindikation:

Wie sich aus den eingeholten Gutachten der Sachverständigen ergab, bestand bei der Klägerin die Möglichkeit, zwei Operationsmethoden zu wählen. Entweder der isolierte Ersatz der Aorta ascendens (mit Erhalt der bikuspiden Aortenklappe) oder der Ersatz der Aortenklappe und der Aorta ascendens mit einem klappentragenden Conduit. Anschaulich wurde dabei darauf verwiesen, dass die Entscheidung vom Risiko einer Komplikation durch Implantation einer mechanischen Aortenklappen-

prothese bzw die Notwendigkeit der Antikoagulation einerseits Im Vergleich mit dem Risiko einer möglicherweise notwendigen Reoperation andererseits abhängt. In Zusammenschau mit den Ausführungen des operierenden Nebenintervenienten lässt sich aus dem Beweisverfahren jedenfalls eine medizinisch vertretbare Indikation für den gleichzeitigen Austausch der Herzklappe ableiten. Dies wird insbesondere durch die Ausführungen des Sachverständigen Dr. [REDACTED] In seinem Gutachten [REDACTED] [REDACTED] untermauert, in dem er darlegt, dass die durchgeführte Operation – insbesondere nach dem damaligen medizinischen Kenntnisstand – indiziert war und den gängigen Behandlungsstandards entsprach, auch wenn eine klappenerhaltende Operation durchaus möglich gewesen wäre. Jedenfalls weist der Sachverständige schlüssig und nachvollziehbar begründet darauf hin, dass der Ersatz der Aortenklappe und der Aorta ascendens mit einem klappentragenden Conduit eine sinnvolle, zielführende und somit auch vertretbare Vorgehensweise im vorliegenden Fall darstellte.

Dies wird auch durch die selbst von der Klägerin vorgelegten Urkunden, insbesondere der Korrespondenz mit Spezialisten aus den [REDACTED], untermauert, welche die in Aussicht gestellte und tatsächlich durchgeführte Operation als mit den medizinischen Standards in Einklang stehend dargestellt haben.

Dass der Klägerin bzw gesetzlichen Vertreterin ein Endokarditispass ausgefolgt wurde, wurde schlüssig und nachvollziehbar vom Zeugen Univ. Prof. Dr. [REDACTED] geschildert, insbesondere auf Grund der auch nach der Operation vorgenommenen ambulanten Kontrollen, wo Thrombotests gemacht werden und diesbezüglich ein derartiger Pass vorliegen muss.

#### **Rechtliche Beurteilung:**

Die Klägerin stützt ihren Anspruch auf Bezahlung eines Schmerzensgeldes sowie ihr Feststellungsbegehren unter anderem auf die Behandlung im Zeitraum von 21.03.1999 – 28.10.1999. Diesbezüglich behauptet die Klägerin einerseits eine Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht und andererseits das Vorliegen eines Behandlungsfehlers durch die behandelnden Ärzte der Beklagten.

#### **1. Zum Vorwurf der Aufklärungspflichtverletzung:**

**1.1. Jede Heilbehandlung bedarf der Einwilligung des Patienten, die zu ihrer Wirksamkeit eine umfassende Aufklärung über die Risiken des Eingriffes und**



alternative Behandlungsmethoden voraussetzt; erforderlich ist eine Diagnose-, Behandlungs- und Risikoaufklärung [REDACTED]. Die Aufklärungspflichten sind Bestandteil des Behandlungsvertrages, wobei im Zentrum regelmäßig die Aufklärung über die Gefahren und möglichen schädlichen Folgen der ins Auge gefassten Behandlung einerseits sowie deren Unterlassung andererseits stehen. Die Beweislast dafür, dass der Patient ordnungsgemäß aufgeklärt wurde, trifft den Arzt. [REDACTED].

Durch die Aufklärungsverpflichtung des Arztes soll der Patient (bzw der gesetzliche Vertreter) vor den mit der Behandlung verbundenen Risiken gewarnt werden, um beurteilen zu können, ob er sich behandeln lassen will. Da der Patient ohne vollständige Aufklärung keine gültige Zustimmung zum ärztlichen Eingriff erteilen kann, bleibt der Eingriff rechtswidrig, weshalb der Arzt für alle aus der mangelhaften Aufklärung resultierenden Schäden ersatzpflichtig wird. Ist der Arzt seiner Aufklärungspflicht nicht genügend nachgekommen und hat sich beim Patienten jenes – unvermeidliche – Risiko verwirklicht, über das er ihn aufklären hätte müssen, wird der Arzt (bzw. der Krankenhausträger, § 1313 a ABGB) für den dadurch (mangels wirksamer Einwilligung rechtswidrig) verursachten Schaden haftbar, ohne dass es noch eines Schaden verursachenden Behandlungsfehlers bedarf [REDACTED].

[REDACTED]. Die Risiken einer Behandlung müssen im unmittelbaren Gespräch zwischen Arzt und Patient erörtert werden; ein Aufklärungsformular kann das persönliche ärztliche Aufklärungsgespräch nicht ersetzen, sondern nur vorbereiten und unterstützen. Nur so kann der Arzt mit Sicherheit davon ausgehen, dass dem Patienten die im Text genannten Risiken in ihrer Bedeutung und Tragweite bewusst sind.

Der Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht ist eine Frage des Einzelfalls. Der Arzt muss nicht auf alle überhaupt denkbaren Folgen der Behandlung hinweisen [REDACTED] [REDACTED]). Über Risiken, die nach dem ärztlichen Stand der Wissenschaft nicht vorhersehbar sind, also atypische, außergewöhnliche Heilungsverläufe und mögliche schicksalhafte Krankheitsfolgen, muss nicht aufgeklärt werden ([REDACTED] [REDACTED]). Generell ist jedoch festzuhalten, dass die Aufklärung umso umfassender zu sein hat, je weniger der Eingriff dringlich oder gar geboten ist ([REDACTED] [REDACTED]). Die Typizität ergibt sich nicht aus der Komplikationshäufigkeit, sondern daraus, dass das Risiko speziell dem geplanten Eingriff anhaftet, auch bei

Anwendung allergrößter Sorgfalt und fehlerfreier Durchführung nicht sicher zu vermeiden ist und den nicht informierten Patienten überrascht, weil er mit dieser Folge überhaupt nicht rechnet. Allerdings muss auch das typische Risiko von einiger Erheblichkeit und dadurch geeignet sein, die Entscheidung des Patienten zu beeinflussen. (vgl. Tonnies/Tonnies, S. 88 ff. Subjektive Haftung S. 19).

Der Arzt muss nicht stets von sich aus alle theoretisch in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten oder Operationsmöglichkeiten mit dem Patienten erörtern, er muss ihn aber, um ihm eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen, über mehrere zur Wahl stehende diagnostische oder therapeutische adäquate Verfahren informieren und das Für und Wider mit ihm abwägen, wenn jeweils unterschiedliche Risiken entstehen können und der Patient eine echte Wahlmöglichkeit hat. Eine Aufklärung über Behandlungsalternativen ist erforderlich, wenn für den konkreten Behandlungsfall mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, die gleichwertig sind, aber unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen haben.

Zwischen der Aufklärung und der Heilbehandlung muss der Arzt dem Patienten eine angemessene Überlegungsfrist einräumen, wobei eine Aufklärung am Vorabend der Operation als ausreichend angesehen wird.

!! Auslegung  
Fol  
Tenn c. 10

Für den Fall der Verletzung der Aufklärungspflicht trifft den Arzt beziehungsweise den Krankenhausträger die Beweislast dafür, dass der Patient auch bei ausreichender Aufklärung die Zustimmung zu der ärztlichen Maßnahme erteilt hätte, geht es doch darum, dass der Arzt beziehungsweise Krankenhausträger das Vorliegen eines die Rechtswidrigkeit des Eingriffs ausschließenden Rechtfertigungsgrundes zu behaupten und zu beweisen hat.

1.2. Nach den getroffenen Feststellungen hat der die Operation durchführende Nebenintervenient die der Klägerin ausführlich und umfangreich sowohl über den tatsächlich durchgeführten Eingriff selbst als auch über die möglichen Behandlungsalternativen und die jeweils damit verbundenen Risiken und Folgewirkungen (lebenslange Antikoagulation bzw. notwendige Reoperation in den Folgejahren) aufgeklärt. Auch, wenn der Nebenintervenient seine Präferenzierung der gegenständlichen Operationsmethode zum Ausdruck brachte, legte er der der Klägerin andere in Frage kommende Operationsalternativen dar, sodass er der

[REDACTED]

gesetzlichen VertreterIn der Klägerin nach Abwägung aller Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Methoden eine selbstbestimmte Entscheidung und Wahlmöglichkeit beließ. Die Aufklärung erfolgte auch einen Tag vor dem Eingriff und somit rechtzeitig, da der gesetzlichen Vertreterin ein ausreichender Entscheidungszeitraum verblieb. Selbst wenn die [REDACTED] der Klägerin nicht im Detail über die verschiedenen Methoden und Alternativen zu dem tatsächlich durchgeführten Eingriff aufgeklärt worden ist, vermag die Verletzung der diesbezüglichen Aufklärungspflicht ungeachtet der Verwirklichung daran anknüpfender Komplikationen (Endokarditis) keine Haftung der Beklagten zu begründen, da die gesetzliche Vertreterin der Klägerin dem Eingriff in jedem Fall zugestimmt hätte.

2. Zum behaupteten Kunstfehler im Zusammenhang mit der durchgeführten Operation vom 23.03.1999:

2.1. Den Beweis für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers und seiner Kausalität in Bezug auf den eingetretenen Schaden hat iSd allgemeinen Schadenersatzregeln grundsätzlich der Patient zu führen. [REDACTED] Da es aber typischerweise besondere Schwierigkeiten bereitet, den Zusammenhang von Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden nachzuweisen, stellt der [REDACTED] an den Beweis der Kausalität geringere Anforderungen als sonst und lässt den Nachweis einer hohen Wahrscheinlichkeit genügen. [REDACTED]

[REDACTED] Kann der Patient beweisen, dass der ärztliche Behandlungsfehler die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts nicht bloß unwesentlich erhöht hat, trifft den Arzt die Beweislast dafür, dass im konkreten Behandlungsfall das Fehlverhalten mit größter Wahrscheinlichkeit für den Schaden unwesentlich geblieben ist. Allein der Umstand, dass auch andere Ursachen in Frage kommen, entkräftet den Prima-facie-Beweis noch nicht. [REDACTED]

Gemäß § 1299 ABGB liegt ein die Haftung begründendes Fehlverhalten des Arztes bei der Behandlung des Patienten dann vor, wenn er nicht nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung vorgegangen ist oder die übliche Sorgfalt eines ordentlichen pflichtgetreuen Durchschnittsarztes in der konkreten Situation vernachlässigt hat. Eine Behandlung muss entsprechend den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft und den ärztlichen Kunstregeln erfolgen, wobei eine Behandlungsmethode grundsätzlich so lange als fachgerecht angesehen werden

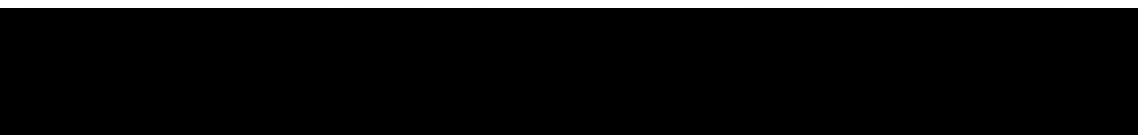
\_\_\_\_\_

kann, als sie von einer anerkannten Schule medizinischer Wissenschaft vertreten wird. \_\_\_\_\_).

2.2. Ausgehend vom festgestellten Sachverhalt bestand zum damaligen Zeitpunkt eine Operationsindikation und erfolgten sowohl die bei der Klägerin durchgeführte Herzoperation als auch die Nachkontrollen bis zum 28.10.1999 entsprechend den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft und den ärztlichen Kunstregeln („lege artis“). Es liegt demnach kein Fehlverhalten in diesem Zusammenhang vor, sodass eine Haftung der Beklagten für diesen Behandlungsabschnitt zu verneinen ist. Auch, wenn zum damaligen Zeitpunkt allenfalls eine klappenerhaltende Operation möglich gewesen wäre, war die von den Ärzten der Beklagten gewählte Methode alternativ adäquat und den medizinischen Standards gemäß vertretbar, sodass daraus kein Behandlungsfehler der Beklagten abgeleitet werden kann.

Es war daher das Feststellungsbegehren in diesem Umfang der Behandlung abzuweisen und wie im Spruch ersichtlich zu entscheiden. Das von der Klägerin geltend gemachte Schmerzensgeld wurde den einzelnen Behandlungsschritten nicht zugeordnet, sodass mit diesem Teilurteil diesbezüglich keine urteilsmäßige Erledigung dem Grunde nach erfolgen konnte.

3. Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 392 Abs 2 iVm § 52 Abs 2 ZPO.



Elektronische Ausfertigung  
gemäß § 79 GOG