

Gutachterliche Aspekte der erektilen Dysfunktion und ihrer Therapiefolgen

J. Hofmann, J. E. Altwein

Urologische Abteilung, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München

Zusammenfassung

Die Begutachtung der erektilen Dysfunktion hat sich der genaueren Kenntnis über die Pathophysiologie und die präzisere Diagnostik anzupassen. Entsprechend gelingt heute der Nachweis einer manifesten erektilen Dysfunktion fast stets. Damit ist die Zustandsbegutachtung zuverlässiger möglich. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) hat sich den verbesserten Kenntnissen anzupassen, so daß unter Berücksichtigung des Alters beim Erektionsverlust eine MdE bis 60% festgesetzt werden kann. Problematisch kann die Zusammenhangsbegutachtung auch gegenwärtig noch sein, da die Potenz quo ante bedingt durch die multifaktorielle Entstehung zumeist nicht genau erfaßbar ist.

Im Arzthaftrecht stehen im Vordergrund Aufklärungsfehler. Das betrifft beispielsweise die mögliche erektile Dysfunktion nach einer TURP ebenso wie den Priapismus nach SKAT. Allerdings ist letzterer in einer Analyse von 364 Schadensfällen, die in einem 10-Jahres-Zeitraum erfaßt wurden, nur dreimal angetroffen worden.

Die erektile Dysfunktion oder Impotenz kann Symptom einer zugrundeliegenden Erkrankung sein und wäre dann keine nosologische Einheit, wenn ein überwiegend organspezifischer Funktionsdefekt, beispielsweise eine angeborene penile Gefäßdysplasie oder eine Induratio penis plastica, vorläge. Pathophysiologisch kann sich die erektile Dysfunktion manifestieren als: Unvermögen die Erektion einzuleiten, aufrechtzuerhalten oder das Blut zurückzuhalten. Bei der Begutachtung gilt es zunächst zu objektivieren, ob überhaupt eine erektile Dysfunktion vorliegt. Gebräuchlich ist eine Definition ausgehend von Untersuchungen von Masters et al. (12), wonach ein Mann dann als impotent gelten kann, wenn er bei 75% seiner koitalen Versuche über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten versagt.

Legal Implications of Erectile Dysfunction and Its Therapy

Upon request of insurance companies, urologists are requested to provide an expert opinion on the patient's degree of impairment and his ability to work. Two points are relevant: the question as to the presence of erectile dysfunction (to rule out malingering) as well as a causal relationship to a trauma or surgery. If the insurance company wishes an estimate of the impairment rate, we recommend that a complete loss of erectile capability increases the impairment rate up to 60%. These problems are illustrated by representative case reports.

A further problem raised in this article concerns medical malpractice cases of erectile dysfunction as the adverse result of other procedures, e.g. following an improperly treated spontaneous priapism or the lack of informed consent on possible impotence after TURP. In addition, an autoinjection program should not be instituted before signed informed consent is obtained.

Key-Words

Erectile dysfunction – Legal implications

Allgemeine Gesichtspunkte der Begutachtung

Im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung geht es ebenso wie im sozialen Entschädigungsrecht um die Frage, ist die behauptete Erektionsstörung mit Wahrscheinlichkeit durch den geltend gemachten schädigenden Vorgang verursacht worden. Dagegen muß nach dem Schwerbehindertengesetz (1974) nur der derzeit vorliegende Leidenszustand des Behinderten geprüft werden, hier ist der Kausalzusammenhang unerheblich. Schließlich erwartet der Rentenversicherungsträger oder im Streitfall das Sozialgericht vom Gutachter eine Auskunft über die Art der Beeinträchtigung, also die Dauer der eingeschränkten Leistungsbreite und zur Prognose. Entsprechend lassen sich folgende Arten der Begutachtung unterscheiden: Zustandsgutachten, Zusammenhangsgutachten, Verlaufsgutachten und das Gutachten im Arzthaftrechtverfahren.

Im *Zustandsgutachten* soll vor allem eine Aussage über die Einordnungsmöglichkeit des Probanden

in das Erwerbsleben gemacht werden. Hierzu ist eine Diagnose zum Zeitpunkt der Untersuchung zu stellen, die mit sachgemäßen Techniken vorgenommen wird. Die Untersuchungen sind nicht grundsätzlich duldungspflichtig; zumutbar sind lediglich solche Verfahren, die komplikationsarm und unverzichtbar sind. Invasive Untersuchungen wie eine Angiographie bedürfen auch im Rahmen der Begutachtung der Aufklärung. Außer der Diagnose ist besonders bei Wiederholungsgutachten eine vergleichende Aussage – Besserung oder Verschlimmerung – verlangt.

Im *Zusammenhangsgutachten* wird die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs erfragt. Die früher gebräuchliche Skala der Wahrscheinlichkeit sollte durch einen Beweis des Zusammenhangs zwischen schädigendem Vorgang und „Erfolg“ ersetzt werden. Erscheint ein Zusammenhang lediglich als möglich ($\leq 50\%$ Wahrscheinlichkeit), dann reicht diese Feststellung zur Anerkennung eines Versorgungsanspruches nicht aus. Umgekehrt wird sich ein Zusammenhang nur selten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (= 99%) belegen lassen. Als Beispiel sei die erektile Dysfunktion post sive propter hoc TURP zu erwähnen. Ihre Ursächlichkeit (mit Unterschieden im Straf-, Zivil- und Sozialrecht) zu beweisen, kann in den fünf Kardinalkategorien mißlingen (Tab. 1).

Tab. 1 Gutachterliche Prüfung des Zusammenhangs zwischen TURP und erektiler Dysfunktionen

1. schädigendes Ereignis bewiesen; ausreichende Intensität
2. Brückensymptome („Zeitlich heranzuführen“)
3. erfahrungsgerechte Ursache – Wirkungsbeziehung (Adäquanztheorie)
4. lokale Beziehung: thermische Schädigung des neuro-vaskulären Bündels
5. Aggravation eines vorbestehenden Leidens (Diabetes mellitus mit Impotenz)

Im *Verlaufsgutachten* sind Prognose oder Epikrise zu erfassen. Voraussetzung ist stets eine Feststellung des Zustandes, d. h. der einer Begutachtung zugrundeliegenden Gesundheitsstörung. Im *Arzthaftpflichtverfahren* wird die Haftung des Arztes nicht nur in zivil- und strafrechtlicher Hinsicht geregelt, sondern auch unter den Aspekten der Sozialgerichtsbarkeit. Im § 368e RVO heißt es: „Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt darf sie nicht bewilligen oder verordnen. Die Kasse darf sie nicht nachträglich bewilligen.“ Als Problem konnte sich in diesem Sinne beispielsweise die Verordnung von Prostaglandin E1 zur SKAT darstellen.

Im Zivil- und Strafrecht hingegen geht es zunehmend um Fahrlässigkeitsdelikte. Das gilt nach der Meinung Wille's (25) auch für einen Aufklärungsmangel vor der SKAT; denn der Patient muß nach Meinung dieses Sexualmediziners darüber aufgeklärt werden, daß es sich um eine noch nicht allgemein anerkannte Therapie handelt, und daß die hierbei verwendeten Substanzen zwar als Medikament zugelassen sind, aber nicht generell für die intrakavernöse Injektion. Tatsächlich ist aber die SKAT seit vielen Jahren in der urologischen Andrologie eine etablierte Behandlung. Die Aufklärung sollte aber den Priapismus nach SKIT und SKAT ebenso wie nach bestimmten Pharma-

ka (Tab. 2) umfassen. So sind Phenothiazine, Guanethidin und Prazosin als α -Blocker geeignet, über die direkt erschlaffende Wirkung auf die glatte Gefäßmuskulatur auch einen Priapismus auszulösen (3).

Tab. 2 Medikamente, die Priapismus bewirken können

Antidepressiva, insbesondere Trazoson (Desyrel)
Antihypertensiva, insbesondere
Guanethidin
Hydralazin
Prazosin
Antipsychotika
Phenothiazine, insbesondere
Chlorpromazin
Mesoridazin
Andere
Adrenalsteroid
Antispasmodika
Dextran mit niedrigem Molekulargewicht
Fibrinolyse
Heparin
Methaqualon
Östrogene
Testosteron
Tetanus-Antitoxin
Tolbutamid

Bei der Begutachtung gibt es zahlreiche Irrtums- und Fehlermöglichkeiten, die zu beachten sind, um die Brauchbarkeit des angeforderten medizinischen Gutachtens zu gewährleisten (Tab. 3).

Tab. 3

Begutachtung: häufigste Fehler (9)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Verfehlen des Gutachten-Auftrages | 6. unzulässige Verallgemeinerung |
| 2. zu große Beweisgenügsamkeit | 7. in dubio pro aegroto |
| 3. unobjektive Methodik | 8. falscher Zusammenhang |
| 4. unscharfe Begriffe | 9. Überheblichkeit (Vorgutachter) |
| 5. einseitige Beweisführung | 10. abfälliges Urteil (Patient) |

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Je nach Gutachtenfrage wird eine Stellungnahme hinsichtlich der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bzw. des Leistungsvermögens, der Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit verlangt. Nach den vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1983 herausgegebenen „Anhaltspunkten für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht“ (16) und auch dem Schwerbehindertengesetz (1974) müssen Angaben zur MdE den Grad der Behinderung deutlich machen, wobei nicht nur auf Einschränkungen im Erwerbsleben, sondern auf die Auswirkungen in allen Lebensbereichen eingegangen werden soll: Der Begriff der MdE bezieht sich auf die Auswirkung einer Behinderung oder Schädigungsfolge in allen Lebensbereichen und nicht nur auf Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben. Die MdE ist ein Maß für die Auswirkungen eines Mangels an funktioneller Intaktheit, also für einen Mangel an körperlichem, geistigem und seelischem Vermögen. Die MdE gibt damit den Grad der Behinderung wieder. Aus dem Grad der MdE ist nicht auf das Ausmaß der Leistungsfähigkeit zu schließen; auch für Kinder ist eine MdE zu ermitteln. Entsprechend kann ein junger Mann nach dem Schwerbehindertengesetz wegen seiner erektilen Dysfunktion eine MdE von 40% erhalten, aber im Sinne der Renten-

versicherung voll erwerbsfähig sein. Die MdE ist grundsätzlich unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf zu beurteilen, es sei denn, daß bei Begutachtungen im sozialen Entschädigungsrecht ein besonders berufliches Betroffensein berücksichtigt werden muß. Die Anerkennung von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durch einen Rentenversicherungsträger oder die Feststellung einer Dienstunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erlauben keine Rückschlüsse auf den Grad der MdE, wie umgekehrt aus dem Grad der MdE nicht auf die genannten Leistungsvoraussetzungen anderer Rechtsgebiete geschlossen werden kann.

Es sei hervorgehoben, daß die Definition der MdE aus den „Anhaltspunkten“ (18) sich nur auf das Versorgungsrecht, das soziale Entschädigungsrecht und das Schwerbehindertengesetz beziehen. Für die gesetzliche Unfallversicherung sind die „Anhaltspunkte“ (18) nicht anzuwenden. Die MdE durch Arbeitsunfall ist eine wesentliche Grundlage für die Rentenbemessung. Dabei ist zu beachten, daß eine MdE von weniger als 10% unwesentlich ist und nicht entschädigt wird. Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente ist im Regelfall, daß die Erwerbsfähigkeit durch die Folgen eines Arbeitsunfalles um wenigstens ein Fünftel über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus gemindert ist. Bei der Schätzung des Prozentsatzes der eingebüßten Erwerbsfähigkeit ist von der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor dem Unfall auszugehen. Sie ist stets mit 100% anzusetzen. Es kommt allein darauf an, wieviel Prozent der Verletzte durch die Unfallfolgen von dieser individuellen Erwerbsfähigkeit verloren hat. Bei einer solchen Bewertung kann sich durch Addition einzelner Prozentsätze für mehrere Unfälle sogar im Ausnahmefall eine Gesamt-MdE von mehr als 100% ergeben.

Untersuchungsgang bei der gutachterlichen Abklärung der erektilen Dysfunktion

Das diagnostische Programm bei behaupteter erektiler Dysfunktion deckt sich mit den a. a. O. beschriebenen Methoden (9). In der Regel gilt es zwei Fragen zu klären: 1. Besteht eine erektile Dysfunktion? 2. War der zu Begutachtende vor dem angeschuldigten Ereignis potent?

Der Nachweis der erektilen Dysfunktion bereitet auf der Basis der a. a. O. genannten Untersuchungsschritte nur selten Probleme (9), wohingegen die erektile Potenz quo ante nur nährungsweise eruiert werden kann. Werden katamnestisch keine arteriellen Risikofaktoren gefunden und kann eine psychogene Erektionsstörung ausgeschlossen werden, dann sollte das schädigende Ereignis u. a. im Hinblick auf die Adäquanz (vgl. Tab. 1) geprüft werden.

Kasuistik

Zustands- und Zusammenhangsgutachten

1. Ein 30jähriger Mann erlitt einen Arbeitsunfall mit Polytrauma. U. a. kam es zu einer Blasen- und zentralen Harnröhrenruptur, als Folge resultierte eine Harninkontinenz, eine Harnröhrenstriktur mit Harnröhrendivertikelbildung, ein chronischer Harnwegsinfekt und eine erektile Impotenz. Die Harnröhrenruptur wurde nicht durch Reapproximation behandelt, sondern es

wurde lediglich eine Zystostomie und eine Harnröhrenschiene gelegt.

Der zu Begutachtende erhielt eine Gesamt-MdE von 80% und eine Teil-MdE für die erektile Impotenz von 10%.

(SG Augsburg AZ: F 3 U 94/82)

2. Bei einem 54jährigen Mann wurde bei einer transurethralen Prostataresektion (8g Gewebe) der Blasenhalbs unterminiert und es kam in der Folge zu einer Urin- und partiellen Stuhlinkontinenz. Außerdem resultierte eine erektile Impotenz. Ein Zusammenhang zwischen dem schädigenden Vorgang (TUR Prostata) und der Gesundheitsschädigung (erektile Impotenz) war nicht zu beweisen; denn es bestand, soweit eruierbar, eine erektile Impotenz bereits quo ante (diabetogen?) (AG Heidenheim AZ: 2 H 8/85/14)
3. Ein 58jähriger Mann hatte ein chemisches Harnröhrentrauma (wahrscheinlich in masturbatorischer Absicht). Es kam zu einer mehrzeitigen plastischen Korrektur der komplett verlöteten Harnröhre, die zu einer rechtwinkligen volaren Deviationshemmung des Penis in statu erigendi führte. Eine erektile Impotenz konnte durch eine detaillierte Untersuchung ausgeschlossen werden. Ein Kunstfehler wurde verneint. (AG Krefeld AZ: 71059/77)
4. Bei einem 54jährigen Mann kam es angeblich nach einer Blasenhalbsinzision (Turner-Warwick-Methode) zu einer kompletten erektilen Impotenz. Eine andrologische Untersuchung offenbarte eine arterielle Inflowstörung infolge einer Arteriosklerose (1). Außerdem wurde argumentiert, daß anatomisch-technisch eine Läsion der Erektionsnerven nicht möglich sei; denn das neurovaskuläre Bündel verläuft dorsolateral der Samenblasen, so daß es mit dem Turner-Warwick-Häkchen nicht erreicht werden konnte. Ein Zusammenhang ist mit großer Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. (LG Hagen AZ: 120350/85)
5. Bei einem 56jährigen Mann kam es im Rahmen eines landwirtschaftlichen Unfalles zu einer Beckenfraktur mit einer kompensierten Harnröhrenstriktur. Außerdem resultierte eine vollständige erektile Impotenz; diese wurde mit einer MdE von 30% bewertet. (BG-Fall AZ: 84/9250)
6. Bei einem 20jährigen Mann kam es nach einem Sturz auf den Damm zu einer Beckenfraktur und einem posttraumatischen Priapismus. Dadurch resultierte eine erektile Impotenz ohne Besserungstendenz bei 2jähriger Beobachtung. Es wurde eine MdE von 20% für angemessen erachtet. (BG-Fall AZ: 91/86/10435/4)
7. Bei einem 44jährigen Mann kam es nach einem Motorradunfall neben Beinfrakturen zu einer Contusio cerebri und Schädelbasisbruch. Spätfolgen waren u. a. ein Libidoverlust mit erektiler Impotenz. Es wurde eine MdE von 20% angesetzt. (Unfallgutachten AZ: 90/Kr 72/161012 B 14)
8. Bei einem 53jährigen Mann kam es bei einer unfallbedingten Einklemmung zu einer Beckenfraktur mit einer zentralen Harnröhrenruptur, die mit einem Kroisschen Durchzug behandelt wurde. Es resultierte eine erektile Impotenz, die mit einer MdE von 40% bewertet wurde. (BG-Fall AZ: 85/02929)
Begutachtung der erektilen Dysfunktion im Arzthaft-

recht (im weiteren Sinne sind hier auch die o. g. Kasuistiken 2–4 einzuordnen).

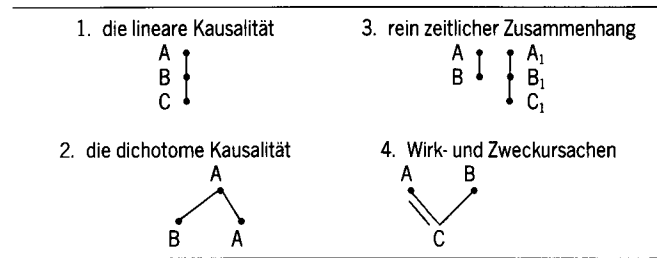
9. Bei einem 19jährigen Mann resultierte 8 Tage nach einem Motorradunfall ein Priapismus, der zunächst an der behandelnden Chirurgischen Klinik nicht beachtet wurde. Erst 14 Tage nach dem Einsetzen des Priapismus wurde ein urologischer Konsiliarius hinzugezogen. Eine Behandlung war nicht mehr möglich, es resultierte eine erektile Impotenz. Ein Behandlungsfehler wurde vor Gericht bejaht.
(LG Berlin AZ: 130338/82)
10. Bei einem 39jährigen Mann kam es zu einer Verletzung der Iliakalgefäße bei nicht aufgeklärter, nicht indizierter TUR-Prostata im Rahmen einer Urethrotomie. Der Operateur wußte sich nicht anders zu helfen, als die internen Iliakalgefäße zu ligieren. Es resultierte eine erektile Impotenz, die als Behandlungsfehler gewertet wurde.
(Tübinger Gutachten vom 14. 4. 1982)
11. Patientenbeispiel aus dem US-Recht: Nach einer transurethralen Prostataresektion resultierte eine Inkontinenz und erektile Impotenz. Der Haftungsgrund wurde festgestellt, und es wurde dem Patienten eine Entschädigung von US-Dollar 1 023 506 bewilligt.
(County District No., 30/3127)

Diskussion

Der große Leidensdruck von Patienten mit einer Erektionsstörung, eine Präzisierung der Diagnostik und die Entwicklung wirksamer Therapiemöglichkeiten führten zu steigenden Anforderungen an den Gutachter. Daher wurde die Begutachtung von Potenzstörungen eines der Hauptthemen auf den Jahrestagungen 1991 der Vereinigung Norddeutscher Urologen und der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie. Dabei kristallisieren sich im Gutachtenwesen folgende Probleme heraus:

1. Nachweis einer manifesten erektilen Dysfunktion. Nach einem orientierenden Screening durch eine SKIT unter Beachtung des schädigenden Vorganges ist eine rationale Diagnostik möglich (1, 9). Dabei ist eine problemgerechte Beschränkung der Untersuchung notwendig, so daß die Verfahren zur nächtlichen penilen Tumescenzmessung bestimmten Fragestellungen vorbehalten sind, die Angiographie ist im Rahmen der Begutachtung durch die Sonographie mit gepulstem Doppler zu ersetzen und nicht zuletzt ist die Rate falsch-negativer Befunde der Prüfung auf audio-visuelle sexuelle Stimulation für die Begutachtung zu hoch. Die bisherige Auffassung von einer erschwerten Begutachtung wegen mangelhafter Untersuchungsobjektivität ist nicht mehr gerechtfertigt (24).
2. Die MdE bei erektiler Impotenz von 20–50% (24) und einer „partiellen“ Impotentia erigendi von 10–20% (2) ist zweifelsohne unterbewertet (vgl. Fall 1, 5, 6, 7 und 8) und ist wohl durch die früher begrenzte Diagnostik (24) zu erklären. Es wird vorgeschlagen, für den Erektionsverlust (SKAT-Non-Responder, unter Berücksichtigung des Alters; vgl. Fall 6) eine MdE bis 60% und den Erektionsverlust (SKAT-Responder) bis 40% festzusetzen und den Zusatz „partielle“ ebenso wie den Begriff „Störung der Immissio penis“ fallen zu lassen. Gutachten-Patienten mit Erektionsverlust (SKAT-Responder) und

Abb. 1 Begutachtung eines ursächlichen Zusammenhangs



Libidoverlust und/oder Ejakulationsverlust wären mit einer MdE bis 50% angemessen bewertet.

3. Potenz quo ante bei Zusammenhangsgutachten. Diese Problematik (vgl. die Fälle 2 und 4) ist mit einem Minimum an Objektivität nur über die Fahndung nach arteriellen oder endokrinen Risikofaktoren zu lösen. Subjektive Angaben – einschließlich einer Partnerbefragung – können lediglich ergänzend herangezogen werden. Bei der Prüfung des Zusammenhanges bereitet die Klärung einer eruierbaren Kausalität (Fall 6) ebensowenig Schwierigkeiten wie die eines rein zeitlichen Zusammenhanges (Abb. 1 und Fall 4), hingegen verlangt der Nachweis einer dichotomen Kausalität (Typ I-Diabetes → Impotenz, darüber hinaus adäquates Trauma; vgl. Fall 2) ebenso wie der Nachweis von Wirk- und Zweckursachen einen hohen Untersuchungsaufwand (19). Als Beispiel für eine gerichtete Zweckursache kann die Impotenz nach Sekundärrekonstruktion einer unfallbedingten hinteren Harnröhrenstriktur gelten (vgl. Fall 1 und 8). Der schädigende Mechanismus kann primär beidseits das neurovaskuläre Bündel im Bereich des Diaphragma urogenitale zerstören (lineare Kausalität) oder es wird bei der offenen Korrektur die geschädigte membranöse Urethra durchtrennt (gerichtete Ursache). Die Häufigkeit schwankt zwischen 10–70% (20). Eine erektile Dysfunktion wird auch nach Beckenfrakturen ohne Urethraläsion angetroffen (vgl. Fall 5; 10); die Kausalität ist linear, ebenso wie beim traumatischen Priapismus mit konsekutiver Impotenz (vgl. Fall 6 und 9).

Im *Arzthaftrecht* können sieben Schadens-kategorien unterschieden werden, wie eine Analyse von 364 urologischen Schadensfällen offenbarte (22); Therapeutische Mängel (62%), diagnostische Mängel (13%), Aufklärungsmängel (10%), Nachsorgemängel (8%), mit je 3% waren Dokumentationsmängel und Übernahmeverschulden beteiligt, der Rest betraf medizinisch-technische Mängel. Unter den geschädigten Organen waren Schäden am Penis mit 7,3% beteiligt. Zu ähnlichen Zahlen kommen auch andere Zusammenstellungen. In der Bundesrepublik Deutschland hat Giese (5) bis 1987 1155 ärztliche Behandlungsfehler zusammengestellt. Daran war die Urologie mit 9% beteiligt, und unter den urologischen Quellen standen 8% mit einer erektilen Dysfunktion in Zusammenhang. Im Jahre 1988 ließen sich 513 ärztliche Behandlungsfehler finden, an denen die Urologie mit 2% beteiligt war. Bei keinem Fall war die erektile Dysfunktion Sachgegenstand.

Erektile Dysfunktion nach TURP

Dieses Beispiel einer in USA entschädigten post-TUR Prostata-Erektionsstörung beleuchtet eine in der BRD noch wenig beachtete Problematik. Otto (13) forderte,

daß vor der transurethralen und offenen Prostataadenomektomie über eine mögliche erektile Dysfunktion aufzuklären sei. Im anglo-amerikanischen Schrifttum schwanken die Angaben über eine Post-Prostatektomie-Impotenz zwischen 0% und 63% (21, 26). Im deutschen Schrifttum finden sich nur einzelne interviewgestützte Untersuchungen zu diesem Problem (6, 15), die bei 15–50% der Prä-Prostatektomie-Patienten eine Erektionsstörung fanden. Die Ursachen sind nicht schlüssig bewiesen; eine therapeutische Schädigung des kapselnahen neurovaskulären Bündels wird diskutiert (14). *Piño Aravena et al.* (16) untersuchten 65 Männer nach einer TUR-Prostata und fanden eine Abnahme der Nervenleitgeschwindigkeit. Insgesamt ist es zweckmäßig, über eine Erektionsbeeinträchtigung durch die geplante Adenomektomie mit dem Patienten zu sprechen, vor allem deswegen, da eine „verständnisvolle“ Aufklärung die Rate der tatsächlich resultierenden Erektionsstörung post hoc wohl eher als propter hoc signifikant senkt (26).

Aufklärung über die erektile Dysfunktion als Behandlungsfolge und über die Folgen der Behandlung der erektilen Dysfunktion

Eine Risikoauflklärung – vorbehaltlich besonderer Fragen des Patienten – reicht in der Regel aus, wenn sie im großen und ganzen die Art und allgemeine Gefahrenträchtigkeit des Eingriffs darstellt (zweckmäßigerweise darauf hinweisen, daß es sich um Beispiele handelt, 7). Der solchermaßen informierte Patient kann nicht daraus herleiten, daß sich zufällig eine bei der Aufklärung als wenig wichtig befugtermaßen vernachlässigte Risikovariante verwirklicht hat. Demgegenüber kann der Arzt, der allgemein keine zureichende Risikoauflklärung erteilt hat, sich später zu seiner Entlastung darauf berufen, gerade die verwirklichte Variante sei für sich alleine nicht aufklärungsbedürftig gewesen (4).

Nicht aufklärungsbedürftig sind im allgemeinen Risiken wie Infektionsgefahr, Nachblutungsgefahr, Nekrosebildung, Narbenbruchrisiko, beispielsweise bei der radikalen retroperitonealen Lymphadenektomie eine temporäre Nervenläsion, etwa des N. femoralis und vermeidbare Behandlungsfehler (23). Ganz allgemein ist eine Aufklärungsbegrenzung auf Risiken, die eine Hypothek für die Lebensführung darstellen, gegeben. Die „Stoßrichtung“ der Risiken auf die Befindlichkeit ist im Aufklärungsgespräch zu kennzeichnen (23). Bei der Aufklärung über Risiken hat man sich nicht an Prozentsätzen zu orientieren, sondern an der oben zitierten „Stoßrichtung“, demnach sind typische, spezifische, immanente und relevante Risiken aufklärungspflichtig (8). Beispielsweise gilt das auch für die erektile Dysfunktion nach transurethraler Prostataresektion.

Bei der Aufklärung über die Folgen der SKIT bzw. SKAT ist zu prüfen, ob eine SKIT/SKAT überhaupt indiziert ist. Entsprechend sollte die Präselektion der Patienten adäquat sein, sollte eine Erfahrung in der Behandlung der möglichen Nebenwirkungen vorliegen (vorgepacktes Notfallset für pharmakologisch induzierte prolongierte Erektion), engmaschige Nachkontrollen sollten sichergestellt sein und der Patient sollte kooperationsfähig und zuverlässig sein. Entsprechend gelten als Kontraindikation

vor allem für die SKAT, eine mangelnde Kooperationsbereitschaft des Patienten, eine fehlende Partnerschaft, eine intellektuelle Überforderung oder eine sexuelle Deviation. Medizinische Kontraindikationen sind eine manifeste Herz-, Leber- und Niereninsuffizienz, eine respiratorische Insuffizienz, eine schwere KHK oder ein frischer Herzinfarkt, Geschlechtskrankheiten, eine AVK 3.–4. Grades und eine manifeste Suchterkrankung. *Prost et al.* (17) stellten bei einer Umfrage bei 328 Urologen fest, daß bei 44 keine schriftliche Aufklärung vor der SKIT oder SKAT erfolgte. 53% klärten über einen Priapismus auf und 27% über eine fehlende Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt. Tatsächlich kommt es aber zum Schadensvorwurf Priapismus nach SKIT oder SKAT im Vergleich zur Häufigkeit der Durchführung vergleichsweise selten. *Sparwasser* (22) fand unter 364 Schadensfällen nur 3 mit Aufklärungsrüge bei Priapismus nach SKIT oder SKAT.

Schlußfolgerung

Ist eine Begutachtung bei einem Patienten mit einer erektilen Dysfunktion vorzunehmen, dann kann mit heutiger Untersuchungstechnik die Ursache festgestellt werden. Es läßt sich bei behauptetem Zusammenhang mit einem schädigenden Ereignis dieser Zusammenhang nicht mehr nur anhand vorhandener Brückensymptome, sondern auch aufgrund der gesicherten Ätiologie einschließen oder ausschließen. Bei der Feststellung der Mde ist darauf zu achten, ob die Begutachtung im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung oder aber im Versorgungswesen vorgenommen wird. Haftungsrechtlich problematisch ist die mangelnde Aufklärung über das postoperative Auftreten einer erektilen Dysfunktion etwa nach einer transurethralen Prostataresektion oder nach anderen relevanten Eingriffen im Beckenbereich. Schließlich ist vor der Durchführung einer Schwellkörperautoinjektionstherapie eine Aufklärung notwendig, womöglich sollte auch auf die Gefahren einer Behandlung der prolongierten pharmakologisch induzierten Erektion hingewiesen werden.

Literatur

- 1 Bähren, W., Ch. Stief, W. Scherb, H. Gall, A. Gallwitz, J. E. Altwein: Rationelle Diagnostik der erektilen Dysfunktion unter Anwendung eines pharmakologischen Testes. Akt. Urol. 17 (1986) 177–180
- 2 Bichler, K.-H.: Erkrankungen der Harnwege und des männlichen Genitales. In: Marx, H. H. (Hrsg.) Medizinische Begutachtung. Grundlagen und Praxis. 5. Aufl., Thieme, Stuttgart 1987, pp 375–395
- 3 Bissada, N. B.: Urologic manifestation of drug therapy. Urol. Clin. N. Am. 15 (1988) 725–736
- 4 Dunz, W.: Wann verwirklicht sich der Schaden aus mangelhafter Aufklärung über das Behandlungsrisiko? Med. R. (1984) 184–186
- 5 Giese, B.: Jahrbuch für Medizin-Schadensforschung Band I und II. Pro Patiente Tübingen, 1987 und 1988
- 6 Hauri, D., M. Sager: Das Leben nach der Prostatektomie. Klin. Exp. Urol. 4 (1982) 117–123
- 7 Hericher, W.: Haftpflichtprozesse – kein Grund zur Panik. Temp Medical 8 (1986) 7–10
- 8 Hümmer, H. P.: Typizität des Risikos entscheiden? Klinikarzt 11 (1982) 326–332
- 9 Keuler, F., J. E. Altwein: Diagnostik der erektilen Impotenz. Urologe A 28 (1989) 241–247
- 10 Marx, J. F.: Begutachtung von Erkrankungen und Verletzungen der Harnröhre und der Harnleiter. In: Bichler, K. H. (Hrsg.) Begutachtung und Arztrecht in der Urologie, Springer, Berlin 1986, pp 56–69
- 11 Marx, H. H.: Die Begutachtung als ärztliche Aufgabe. In: Marx, H. H. (Hrsg.) Medizinische Begutachtung. Grundlagen und Praxis. 5. Aufl., Thieme, Stuttgart 1987, pp 1–7
- 12 Masters, W. H., V. E. Johnson: Human Sexual Inadequacy. Little Brown, Boston 1970
- 13 Otto, G.: Begutachtung von Erkrankungen der Prostata. In: Bichler, K. H. (Hrsg.): Begutachtung und Arztrecht. Springer, Heidelberg, 1986, pp 46–55
- 14 Parsons, C. L.: Impotence following transurethral resection of the prostate. In: Rajfer, J. (Hrsg.) Common Problems in Infertility and Impotence. Year Book Medical, Chicago, 1990, pp 352–355
- 15 Pauthner, H., E. Brandes-Hälzer, G. Ludwig: Sexualität nach TUR Prostata. XL. Kongress der Dtsch. Ges. Urol., Abstract 244 (1988)
- 16 Piño Aravena, E. U., L. Paolini, D. Del Peso: Erectile failure post transurethral resection. Proceedings, 3rd Biennial World Meeting on Impotence, Boston 1988, p 78
- 17 Porst, H., T. Weller: Vasoaktive Substanzen bei erektiler Dysfunktion (ED) – Ergebnisse einer Umfrage und Literaturübersicht. Urologe B 29 (1989) 10–14
- 18 Rauschlbach, H. H.: Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1983
- 19 Schultheis, Th.: Die Begutachtung eines ursächlichen Zusammenhanges bei Erkrankungen der Harnorgane. Handbuch der Urologie, Bd. VII/2. Springer, Berlin, 1965, pp 82–152
- 20 Sigel, A., S. Chlepas: Verletzungen der Harnröhre und der Harnblase. In: Lutzeyer, W. (Hrsg.) Traumatologie des Urogenitaltraktes. Springer, Berlin 1981, pp 131–199
- 21 So, E. P., P. C. Ho, W. Bodenstab, C. L. Parsons: Eretille impotence associated with transurethral prostatectomy. Urology 19 (1982) pp 259–262
- 22 Sparwasser, H. H.: Übersicht über Auswertung von Gerichts-, Schlichtungskammern- und Versicherungsgutachten, aufgegliedert in typische Risiken. Vortrag Südwestdeutsche Gesellschaft für Urologie, Koblenz 9.–11. 5. 1991
- 23 Steffen, E.: Aufklärung in Praxis und Klinik. Vortrag 11. Tagung der Vereinigung Norddeutscher Urologen, Cuxhaven 13.–15. 6. 1985
- 24 Wand, H.: Begutachtung von Erkrankungen und Verletzungen der äußeren Genitale – einschließlich der Infertilität. In: Bichler, K. H. (Hrsg.): Begutachtung und Arztrecht. Springer, Heidelberg 1986, pp 70–79
- 25 Wille, R.: Psychosomatische und rechtliche Aspekte. 15. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer. Dt. Ärzteblatt 88 (1991) 1010–1012
- 26 Zohar, J., D. Meiraz, B. Maoz, N. Durst: Factors influencing sexual activity after prostatectomy: A prospective study. J. Urol. 116 (1976) pp 332–334

Prof. Dr. med. J. E. Altwein

Chefarzt an der Urologischen Abteilung
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Romanstraße 93
8000 München 19