
Datum: 08.03.2000
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 180/99
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2000:0308.3U180.99.00

Vorinstanz: Landgericht Bochum, 6 O 508/97

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 31. Mai 1999 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Bochum wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger kann die Vollstreckung des Beklagten Professor Dr. H aus dem Urteil durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe von 10.000,00 DM abwenden, wenn nicht der Beklagte Professor Dr. H vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet. Beide Parteien können die Sicherheitsleistung auch durch eine unbedingte und unbefristete Bürgschaft eines in der Bundesrepublik Deutschland als Zoll- und Steuerbürgen zugelassenen Kreditinstituts erbringen.

Tatbestand:

1

2

Der Kläger begab sich am 02.12.1994 in die stationäre Behandlung des Beklagten zu 2) wegen Schwellungen und starker Schmerzen im Analbereich. Der Beklagte zu 2) diagnostizierte einen retro-rektalen Abszeß. Noch am selben Tag wurde der Abszeß operativ eröffnet. Im Operationsbericht heißt es u.a.:

Aufgrund des Befundes wird nun durch eine pararektale Inzision dorsal des Afters der 3
supralelevatorische Raum eröffnet. Es kommt unter Druck zur Entleerung von übelriechenden Eitermassen aus einer mehrfach gekammerten Eiterhöhle des retro-rektalen Raumes. ... Es wird die Eiterhöhle gründlich ausgekratzt und mit einem Streifen drainiert. ...

Im Mai 1995 stellten sich erneut Beschwerden ein, die zu einem stationären Aufenthalt vom 4
08. ? 17. Mai 1995 führten. Der Kläger wurde am 09. Mai 1995 erneut durch den Beklagten zu 2) operiert. Die Diagnose lautete auf rezidivierende hohe retro-rektale Fistelbildung. Im Operationsbericht vom 09.05.1995 heißt es u. a.:

Im Bereich der Afterumgebung findet sich in einem Narbengebiet eine kleine äußere Wunde 5
mit einem sondierbaren Gang nach rechts. Eine Fistelverbindung zum Analkanal läßt sich nicht sondieren. ... Nach Instillation mit Betaisodona läßt sich eine feine Fistelöffnung im oberen Analkanal im Narbengebiet feststellen ...

Nach Einstellung des Analkanals mit dem Parks'schen Retraktor wird die innere Fistelöffnung 6
einige Millimeter im Gesunden exzidiert. Der Fistelgang verläuft durch die untere Rektumwand nach außen. Deshalb wird von außen die alte OP-Stelle samt Narben und Fistelgang exzidiert mit einer trichterförmigen Erweiterung der Wunde nach außen zur Drainage. Nach Blutstillung und Aufsuchen weiterer Fistelöffnungen ohne Erfolg wird nun der entstandene granulationssaubere Wundkanal in typischer Weise zwei-schichtig verschlossen.
...

Im Juli 1995 wurde der Kläger ein drittes Mal stationär aufgenommen. Am 07. Juli 1995 7
erfolgte eine erneute Operation. Die Diagnose lautete „Zustand nach Analfistel-OP mit sekundärer Wundheilung“. Im Operationsbericht heißt es u. a.:

Im Bereich der Afterumgebung findet sich dorsal des Afters eine reizlose OP-Narbe mit einer 8
kleinen Öffnung und sondierbaren Gang, der schräg nach rechts verläuft. Der AK ist glatt, eine Fistelverbindung läßt sich nach Überprüfung mit Blaueinspritzung nicht bestätigen. ... Nun wird die äußere Fistelöffnung etwas erweitert und mit dem Löffel gründlich ausgekratzt. Es kommen mehrere kleine Zysten zum Vorschein. Danach finden sich keine weiteren Verdickungen oder Granulationsgewebe....

Eine vierte stationäre Behandlung erfolgte in der Zeit vom 21.09. ? 30.09.1995 mit einem 9
weiteren operativen Eingriff am 22.09.1995. Die Diagnose lautete auf „rezidivierende suprasphinktere Analfistel III B nach Parks“. Im Operationsbericht heißt es u. a.:

Im Bereich der Afterumgebung an der hinteren Kommissur findet sich an einer alten OP- 10
Narbe eine äußere Fistelöffnung mit einem sondierbaren Gang, der rechts verläuft und mit einer supralelevatorischen Resthöhle von Fingerkuppengröße auf der rechten Seite mündet mit einer Fistelverbindung zum Analkanal.

... Freilegung des Fistelsystems und primärer Wundverschluß des Fistelkanals. Die äußere 11
Wunde bleibt offen zur Drainage...

In der Zeit vom 28.11.1995 bis zum 08.12.1995 befand sich der Kläger stationär in der chirurgischen Klinik der Kliniken F2-Mitte der evangelischen F3-Stiftung. Dort erfolgte eine weitere Operation am 29.11.1995 durch den Chefarzt Dr. Q. Ausweislich des Operationsberichts von diesem Tage lautete die Diagnose auf „vierte rezidivtransphinctere Analfistel, periproktitisches Infiltrat“. Im Operationsbericht heißt es u. a.:

Durch die äußere Fistelöffnung, die etwa ein Querfinger vom Anus entfernt bei 6 Uhr SSL äußerlich mündet, läßt sich eine Sonde bis oberhalb der L. dentata vorschieben, nach Indicocamin blau Einspritzung. Zunächst wird das ca. 3 x 1,5 cm messende Infiltrat elektrisch umschnitten und anschließend bei liegender Sonde röhrenförmig der gesamte Fistelgang excidiert. ... 13

Der Pat. ist über die Rezidivhäufigkeit bei dem vierten Rezidiv in mehrfachen Gesprächen auch im Beisein seiner Ehefrau aufgeklärt worden. 14

In einem Arztbrief des Dr. Q vom 25. Januar 1996 an den den Kläger ambulant behandelnden Dr. T heißt es u. a.: 15

Bei digital-rektaler Untersuchung fühlte man einen Muskeldefekt ca. von 6 ? 9 h SSL bis zur Höhe der Linea dentata. 16

Seit diesem Eingriff in F2 ist der Kläger beschwerdefrei. 17

Der Kläger hat behauptet, der Beklagte zu 2) habe sich bei der Suche nach der Fistel einer Methode bedient, die nicht dem aktuellen ärztlichem Standard entspreche. Hätte er, wie der durchführende Arzt im Essener Klinikum - eine neuere Methode zur Feststellung der Analfistel angewandt, hätte er bereits bei der ersten Operation die Fistel erkennen und entfernen können, so daß ihm sämtliche weiteren Operationen erspart geblieben wären. Außerdem seien die Schleimhäute nicht ordnungsgemäß genäht worden. Die Aufklärungen seien nicht ordnungsgemäß gewesen. So sei die Aufklärung vor der ersten Operation nicht rechtzeitig erfolgt. Vor der zweiten, dritten und vierten Operation habe kein persönliches Aufklärungsgespräch mit einem Arzt stattgefunden. Er habe lediglich das Formular erhalten, dieses selbständig ausgefüllt und zurückgegeben. 18

Der Kläger hat beantragt, 19

1. die Beklagten zu 1) und zu 2) als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, welches jedoch 40.000,- DM nicht unterschreiten soll, 20

2. festzustellen, daß die Beklagten zu 1) und 2) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm weiteren zukünftigen materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, sofern dieser nicht auf einen Dritten übergegangen ist, 21

3. die Beklagte zu 3) als Gesamtschuldnerin mit den Beklagten zu 1) und zu 2) zu verurteilen, an ihn ein Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, welches jedoch 10.000,00 DM nicht unterschreiten sollte, 22

4. den Beklagten zu 4) als Gesamtschuldner mit den Beklagten zu 1) und zu 2) zu verurteilen, an ihn ein Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, welches jedoch 10.000,00 DM nicht unterschreiten sollte, 23

5. die Beklagte zu 5) als Gesamtschuldnerin mit den Beklagten zu 1) und zu 2) zu verurteilen, an ihn ein Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, welches jedoch 10.000,00 DM nicht unterschreiten sollte,	
6. den Beklagten zu 6) als Gesamtschuldner mit den Beklagten zu 1) und zu 2) zu verurteilen, an ihn ein Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, welches jedoch 10.000,00 DM nicht unterschreiten sollte.	25
Die Beklagten haben beantragt,	26
die Klage abzuweisen.	27
Sie haben jegliches Fehlverhalten in Abrede gestellt.	28
Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Professor Dr. M2, der das Gutachten mündlich erläutert hat. Sodann hat das Landgericht die Klage mit der Begründung abgewiesen, der Kläger habe einen Behandlungsfehler nicht bewiesen. In die Operationen habe er wirksam eingewilligt, weil er zuvor sachgerecht und umfassend aufgeklärt worden sei.	29
Wegen weiterer Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, das schriftliche Gutachten des Sachverständigen, das Protokoll zur mündlichen Verhandlung sowie auf die angefochtene Entscheidung Bezug genommen.	30
Gegen die Entscheidung wendet sich der Kläger mit der Berufung.	31
Der Kläger wiederholt den erstinstanzlichen Sach- und Streitstand. Nachdem er die Berufung gegen die Beklagten zu 1), 3), 4), 5) und 6) zurückgenommen hat, beantragt er nunmehr,	32
unter Abänderung des angefochtenen Urteils	33
1.	34
den bisherigen Beklagten zu 2) zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 4 % Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen,	35
2.	36
festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, ihm allen materiellen und allen zukünftigen immateriellen Schaden zu ersetzen, der aus den operativen Eingriffen von Dezember 1994, Mai 1995, Juli 1995 und September 1995 entstanden ist und noch entstehen wird, soweit kein Forderungsübergang stattgefunden hat.	37
Der Beklagte (zu 2)) beantragt,	38
die gegnerische Berufung zurückzuweisen, hilfsweise Vollstreckungsnachlaß.	39
Der Beklagte wiederholt und vertieft ebenfalls den erstinstanzlichen Sachvortrag.	40
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen Professor Dr. M2.	41
	42

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zweitinstanzlich gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Krankenunterlagen einschließlich der Gutachten des Privatgutachters Privat-Dozent Dr. F und des Dr. M, das Protokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 08. März 2000 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

43

Die zulässige Berufung des Klägers bleibt in der Sache ohne Erfolg.

44

Der Kläger hat gegen den Beklagten (ehemals Beklagter zu 2)) keinen Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes und Feststellung gem. §§ 823 Abs. 1, 847 BGB bzw. wegen Schlechterfüllung der Behandlungsverträge.

45

1.

46

Auch aufgrund der durch den Senat ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme hat der Kläger den ihm obliegenden Beweis nicht geführt, daß dem Beklagten anlässlich der verschiedenen stationären Aufenthalte im Hause der ehemaligen Beklagten zu 1 und der operativen Eingriffe Fehler unterlaufen sind und diese Eingriffe gleich aus welchem Grund unsachgemäß waren. Der Senat folgt dabei den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. M2, von dessen Sachkunde er sich anlässlich dessen Vernehmung im Senatstermin überzeugt hat. Keine anderen Bewertungen ergeben sich unter Berücksichtigung der Gutachten der Privatgutachter Priv.Do. Dr. F vom 05.04.1999 sowie des Arztes für Chirurgie Dr. M vom 16.05.1999 (Bl. 142 ff. GA).

47

Widersprüche innerhalb der Begutachtung des gerichtlichen Sachverständigen bzw. zwischen den Gutachten verbleiben nicht. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird gem. § 543 Abs.1 ZPO auf die Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung des Landgerichts Bezug genommen.

a.

48

Die erste Operation vom 02.12.1994 war sachgerecht. Der Beklagte hat ausweislich des für einen Fachmann ausreichend nachvollziehbaren Operationsberichtes eine vertretbare Methode zur praktisch notfallmäßigen Abzeßausträumung gewählt. Weitergehende Maßnahmen waren nicht angezeigt, insbesondere mußte nicht großräumiger operiert und nach einer Fistel gesucht werden. Ausweislich des Operationsberichtes lagen mehrfach gekammerte Eiterhöhlen und damit entzündliches Gewebe vor. Soweit bereits zu diesem Zeitpunkt eine Fistel vorlag, muß diese sehr hoch gelegen gewesen sein; eine solche Fistel kommt selten vor und ist nur schwierig zu erkennen. In solch einer Situation brauchte in einem entzündlichen Gewebe nach einer versteckten Fistel nicht gesucht zu werden. Auch fordert es der medizinische Standard nicht, postoperativ unter Wiedereinbestellung des Patienten dann erneut nach einer Fistel zu suchen. Die Beseitigung des akut bestehenden Abszesses und das anschließende Zuwarten mit der Möglichkeit der Spontanheilung ist ein sachgerechtes und angemessenes Vorgehen. Angesichts der gerade bei Abszeßerkrankungen und Fistelbildungen im Afterbereich bestehenden teilweise hohen Rezidivrate kann auch im Hinblick auf das spätere Rezidiv nicht auf ein fehlerhaftes Vorgehen oder Unterlassen geschlossen werden. Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Vernähen im Operationsgebiet gibt es weder bei dieser noch bei den nachfolgenden Operationen.

49

b.

50

51

Anlässlich der zweiten Operation am 09. Mai 1995 wurde ausweislich des ausreichend dokumentierten Operationsberichtes eine Fistel festgestellt und mit dem als Kontrastmittel geeigneten Mittel Betaisodona der Fistelgang dargestellt. Die Vorgehensweise ist vertretbar und nicht veraltet oder sonst unzulässig. Grundsätzlich obliegt im Rahmen des Vertretbaren die Auswahl der Methode dem behandelnden Arzt. Auch für diese zweite Operation – wie auch für die weiteren Operationen – gilt, daß spätere Rezidive keinen Rückschluß auf ein irgendwie geartetes fehlerhaftes Vorgehen zulassen.

c. 52

Die dritte Operation vom 07. Juli 1995 war ebenfalls sachgerecht. Auch hier finden sich in der angemessenen Dokumentation keine Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Vorgehen. Die aus dem für den Fachmann genau genug beschriebenen Operationsbericht ersichtliche Methode, die äußere Narbe zu umschneiden und den Fistelgang mit einem Löffel auszukratzen, ist eine von dem Sachverständigen so bezeichnete probate Methode, die den Regeln des chirurgischen Vorgehens entspricht. Soweit im Hinblick auf diese Operation der Privatgutachter Dr. F den Eingriff als „zwar nicht falsch, aber in dem vorliegenden Fall nicht adäquat“, bezeichnet hat (Seite 26 des Gutachtens vom 05.04.1999), folgt hieraus auch nach diesem Gutachter kein Behandlungsfehler. Dr. F hätte statt der Fistelgangkürettage die Fistelextirpation vorgenommen (Seite 25 iVm 26 des Gutachtens), bewertet jedoch das Vorgehen des Beklagten als vertretbar und nicht falsch und schließt sich der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen an, daß keine Behandlungsfehler vorliegen (Bl. 27 des Gutachtens). Deshalb war es durchaus adäquat, unter Abschätzung aller Risiken von einer so bezeichneten „großen Lösung“, (Bl. 149 GA) abzusehen. 53

d. 54

Letztlich war auch die vierte Operation vom 22.09.1995 sachgerecht. Methode und Technik sind nicht zu beanstanden. Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Vorgehen finden sich nicht. Dokumentationsmängel liegen nicht vor. 55

e. 56

Soweit der Kläger die unsachgemäße Schädigung des Schließmuskels rügt, läßt sich im Hinblick auf diesen Sachvortrag kein Behandlungsfehler feststellen. Der Kläger stützt sich auf die Formulierung im Arztbrief des Dr. Q vom 25.01.1996, wonach man bei digital-rektaler Untersuchung einen Muskeldefekt gefühlt habe. Letztlich kann dahin gestellt bleiben, ob ein solcher Defekt tatsächlich vorliegt. Selbst wenn in diesem Sinn Muskelgewebe verletzt worden wäre, ist hierdurch nicht auf ein unsachgemäßes Vorgehen des Beklagten zu schließen. Soweit der Beklagte bei seiner Anhörung vor der Kammer (Bl. 92 GA) eine Entfernung des Schließmuskels als Fehler bezeichnet hat, ergibt sich hieraus nichts anderes. Eine teilweise Entfernung des Schließmuskels hat Dr. Q nicht beschrieben, sondern von einem Muskeldefekt gesprochen. Ein Muskeldefekt ist jedoch eine bei Rektaloperationen trotz aller Sorgfalt nicht immer vermeidbare Komplikation. Außerdem ist ein Schaden für den Kläger durch den Muskeldefekt – sollte er überhaupt vorliegen, worauf es jedoch für die Entscheidung nicht ankommt – nicht eingetreten. Folgen haben sich nicht gezeigt. Nach seinen eigenen Angaben ist der Kläger nach dem Eingriff in F2 geheilt und in jeder Hinsicht kontinent. Angesichts des zwischenzeitlichen Zeitablaufs ist auch mit Folgen nicht mehr zu rechnen. 57

2. 58

59

Der Kläger hat in die Operationen nach sachgerechter Aufklärung wirksam eingewilligt. Die Berufung rügt die Aufklärung über die allgemeine Bezugnahme auf den erstinstanzlichen Sachvortrag nicht mehr gesondert und substantiiert. Schon vor der ersten Operation wurde der Kläger in einem ausreichend umfänglichen Aufklärungsgespräch auf die typischen mit dem Eingriff verbundenen Risiken einschließlich der möglichen Schließmuskelverletzung und der evtl. Nachoperation hingewiesen, wobei die Aufklärung angesichts des Notfallcharakters des Eingriffs rechtzeitig erfolgte. Bereits dieses Aufklärungsgespräch vermittelte dem Kläger auch für die nachfolgenden Operationen das Wissen um Risiken und Komplikationen, so daß er auf Grund dieser Kenntnis ausreichend das Für und Wider der Nachfolgeoperationen abwägen und sein Selbstbestimmungsrecht ausüben konnte. Der bereits aufgeklärte Patient braucht nicht noch einmal aufgeklärt zu werden (vgl. bei Steffen/Dressler; Arzthaftungsrecht 8. Aufl. 1999 Rz 390). Ungeachtet dessen ist der Kläger auch anlässlich der Folgeoperationen hinreichend aufgeklärt worden.

Letztlich hat ein aufklärungspflichtiges Risiko nicht zu einem Schaden des Klägers geführt.	60
3.	61
Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs.1, 515 Abs. 3, 708 Nr. 10, 711 ZPO.	62
4.	63
Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als DM 60.000,00.	64