
Datum: 16.10.2000
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 51/00
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2000:1016.3U51.00.00

Vorinstanz: Landgericht Hagen, 6 O 270/97

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 11. November 1999 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Hagen wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 12.000,- DM abwenden, falls nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in derselben Höhe leisten, die sich auch durch die unbedingte und unbefristete Bürgschaft einer deutschen Großbank oder öffentlichen Sparkasse erbringen können.

Tatbestand

1

Die am ####1914 geborene Klägerin wurde am 15. Februar 1994 wegen rezidivierender Schmerzen im rechten Unterbauch in der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Beklagten zu 2) stationär aufgenommen. Es wurde ein stenosierender Tumor im Colon ascendens bei gleichzeitig bestehender Sigmadivertikulose diagnostiziert. Am

2

28. Februar 1994 erfolgte ein Aufklärungsgespräch durch den Stationsarzt Dr. M.

Am 1. März 1994 wurde die Klägerin von dem Beklagten zu 1) operiert. In dem Operationsbericht heißt es unter anderem:

Die orientierende Inspektion des Bauchraumes ergibt: es
finden sich ausgedehnte Verwachsungen im Unterbauch und
rechts. Das gesamte Netz ist an der Vorderwand fixiert.
... Es tastet sich im Colon ascendens ein 3,5 cm im
Durchmesser messender Tumor, der gut mobil ist. ...
Zur Mobilisierung der re. Colonflexur werden einige
Verwachsungen zur Gallenblase, teils stumpf, teils scharf,
gelöst. Danach kann die re. Flexur und Koagulation von
kleinen Gefäßen vom Duodenum abgehoben werden....
Anschließend wird der rechtsseitige Anteil des großen
Netzes zwischen Ligaturen abgetrennt und verbleibt en
bloc an re. Hemicolon.... Mit der Durchtrennung des
Quercolons ... wird der Tumor tragende Anteil abge-
worfen.

In dem Histologiebericht vom 04.03.1994 heißt es u. a.:

Eingesandt wurde ein Präparat der rechten Hemicolektomie.
Makroskopisch erkennt man einen 6,0 cm langen Anteil des
terminalen Ileums sowie einen 18,0 cm langen Anteil des
Coecums und des Colon ascendens....
Anhängend und beiliegend sieht man einen zusammengelegt
10,0 x 9,9 cm großen Anteil des großen Netzes....

Am 26. März 1994 wurde die Klägerin mit Symptomen für das Vorliegen eines Dünndarmileus erneut stationär aufgenommen. Am 27. März 1994 erfolgte eine Reoperation durch den Chefarzt der Beklagten zu 2), den Zeugen Dr. Y. Im Operationsbericht von diesem Tage heißt es u. a.:

Wir finden linksseitig massiv überblähte Dünndarmschlin-
gen, hervorgerufen durch einen Konglomerattumor rechts.

Es wird versucht, dieses Konglomerat zu mobilisieren.	28
Dies gelingt nur sehr schwer, da massivste Verwachsungen	29
bestehen. ... Als nächstes wird dann die rechte Flexur	30
des Colons, die merkwürdigerweise noch vorhanden ist,	31
herausgelöst und das Duodenum nach Kocher mobilisiert....	32
Skelettieren der großen Kurvatur Richtung rechte Colon-	33
flexur. ... Es verbleibt ein Dünndarmrest von etwa	34
80 cm. ...	35
Postoperativ beklagte die Klägerin Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme, wobei	36
Durchfälle und Erbrechen auftraten, die mit einem sogenannten Kurzdarmsyndrom erklärt	
wurden. Am 29. April 1994 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung entlassen.	
Am 17. Juli 1994 wurde die Klägerin erneut stationär aufgenommen und eine	37
Subileussympthomatik festgestellt.	
Heute leidet die Klägerin unter chronischen Durchfällen, Übelkeit, Erbrechen und nach ihren	38
eigenen Angaben unter Verwirrtheitszuständen. Zwischenzeitlich ist sie zum Pflegefall	
geworden, nicht mehr in der Lage aufzustehen und muß eine 24-Stunden Betreuung in	
Anspruch nehmen.	
Die Klägerin hat behauptet,	39
dem Beklagten zu 1) sei bei der Operation am 1. März 1994 ein Fehler unterlaufen. Er habe	40
versäumt, die rechte Flexur des Colons zu entfernen. Die später festgestellten massiven Ver-	
wachsungen seien ursächliche Folge dieses Fehlers. Dadurch sei die Folgeoperation vom 27.	
März 1994 erforderlich geworden. Das wiederum habe zur Folge, daß die Dünndarmlänge	
nur noch 80 cm betrage, worauf ihr wesentlich verschlechterter Gesundheitszustand	
zurückzuführen sei. Die Klägerin hat zudem behauptet, nicht ordnungsgemäß und verspätet	
über die Operationsrisiken aufgeklärt worden zu sein. Wäre sie ordnungsgemäß aufgeklärt-	
worden, hätte sie die Zustimmung zur Operation verweigert.	
Die Klägerin hat beantragt,	41
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie	42
ein der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes	43
Schmerzensgeld nebst 4 % Zinsen seit dem 24. März 1997	44
zu zahlen.	45
Die Beklagten haben beantragt,	46
die Klage abzuweisen.	47
	48

Sie haben jegliche ärztliche Fehler in Abrede gestellt und behauptet, die Klägerin sei rechtzeitig und umfassend über die Operation und deren Risiken aufgeklärt worden.	
Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines chirurgischen Sachverständigengutachtens. Sodann hat es die Klage mit der Begründung abgewiesen, es stehe nicht zur Überzeugung der Kammer fest, daß dem Beklagten zu 1) bzw. dem sonstigen ärztlichen oder nicht ärztlichen Personal der Beklagten zu 2) ein Fehler unterlaufen sei. Die Klägerin sei auch ordnungsgemäß aufgeklärt worden. Sie habe auch keinen nachvollziehbaren und erheblichen Entscheidungskonflikt dargelegt.	49
Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die erstinstanzlichen Schriftsätze nebst Anlagen, das schriftliche Gutachten des Sachverständigen, das Protokoll und die Entscheidung des Landgerichts Bezug genommen.	50
Gegen die Entscheidung des Landgerichts wendet sich die Klägerin mit der Berufung. Sie wiederholt und vertieft den erstinstanzlichen Sachvortrag und beantragt,	51
unter Abänderung des angefochtenen Urteils nach ihrem	52
Schlußantrag aus erster Instanz zu erkennen.	53
Die Beklagten beantragen,	54
die Berufung zurückzuweisen,	55
hilfsweise	56
Vollstreckungsnachlaß.	57
Sie wiederholen und vertiefen ebenfalls ihren erstinstanzlichen Vortrag.	58
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung des Zeugen Dr. Y sowie durch ergänzende Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. M2.	59
Wegen weiterer Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sachvortrages wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Krankenunterlagen, das Protokoll und den Vermerk des Berichtstatters zum Senatstermin vom 16. Oktober 2000 Bezug genommen.	60
<u>Entscheidungsgründe:</u>	61
Die zulässige Berufung der Klägerin bleibt in der Sache ohne Erfolg.	62
Der Klägerin steht gegen die Beklagten der geltend gemachte Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes gemäß den §§ 823 Abs.1, 831, 31, 847 BGB nicht zu.	63
1.	64
Auch nach der ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme durch den Senat steht nicht fest, daß die Behandlung der Klägerin im Hause der Beklagten zu 2 behandlungsfehlerhaft erfolgte.	65
a.	66
	67

Die Operation der Klägerin am 01.03.1994 durch den Beklagten zu 1 war nicht fehlerhaft. Die Berufung sieht einen Behandlungsfehler darin, daß bei der durchgeführten Hemicolektomie unsachgemäß die rechte Flexur des Colons nicht mitentfernt worden sei. Die rechte Flexur ist indes entfernt worden. Zudem wäre es nicht fehlerhaft gewesen, die Flexur zu belassen.

aa. 68

Die Operation vom 01.03.1994 war indiziert. Die Klägerin ist bereits mit einer Subileussyptomik stationär aufgenommen worden. Sodann wurde ein letztlich 3,5 cm im Durchmesser großer Streutumor im unteren Bereich des colon ascendens diagnostiziert. Die Behandlung eines solchen Tumorleidens erfordert den operativen Eingriff. Alternativen in Form einer Chemo- oder etwa einer Strahlentherapie stehen nicht zur Verfügung. Hiermit kann allenfalls das Tumorwachstum (vorübergehend und wenn überhaupt) gestoppt, nicht aber das Leiden geheilt werden. Der Senat folgt insoweit wie auch im übrigen den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen, von dessen Sachkunde er sich infolge dessen mündlicher Vernehmung ein Bild gemacht hat. Bleibt diese Erkrankung unbehandelt, kommt es bereits nach relativ kurzer Zeit zu einem Darmverschluß, der dann entweder die sofortige Notoperation erfordert oder aber zum Tode führt.

bb. 70

Bei einer Darmoperation der vorliegenden Art ist es nicht zwingend erforderlich, auch die Flexur zu entfernen. Der Sachverständige Prof. Dr. M2 hat im einzelnen dargelegt, daß es entscheidend sei, einen solchen Anteil des Darms zu entfernen, daß ein Abstand von etwa 10 cm zu dem Tumor gewahrt wird. Ist dieser Anforderung genüge getan, bleibt es unerheblich, ob nun die jeweilige Flexur, also der bogenförmig verlaufende Darmanteil entfernt wird oder nicht. Ausreichenden Abstand zum Tumor hat der Beklagte zu 1 gewahrt, also einen genügenden Anteil des Colons entfernt. Dem Sachverständigen lagen die Krankenunterlagen und auch der pathologische Bericht vor. In Kenntnis all dieser Umstände hat er keinerlei Fehlverhalten des Operateurs feststellen können.

cc. 72

Unabhängig davon steht fest, daß die rechte Flexur operativ entfernt wurde. Das gilt auch im Hinblick auf die Abfassung des Operationsberichtes vom 27.03.1994. Der Zeuge Dr. Y hat im einzelnen bekundet, wie es zu der Abfassung dieses Operationsberichtes kam. Er schließt selbst nicht aus, sich getäuscht haben zu können. Der Sachverständige hat darauf verwiesen, daß man sich bei einer Revisionsoperation angesichts des Ausmaßes der Verwachsungen durchaus täuschen könne. Er selbst würde auch für sich eine Fehlbeurteilung in einem solchen Fall nicht ausschließen.

Beweisend dafür, daß die rechte Flexur mit entfernt wurde, ist der Histologiebefund. Danach lag dem Pathologen ein 10,0 x 9,0 cm großer Anteil des großen Netzes zur Beurteilung vor. Wegen der konkreten anatomischen Verhältnisse ist die Tatsache, daß ein Anteil des Netzes entfernt wurde, beweisend dafür, daß auch die Flexur mit entfernt wurde.

dd. 75

Auch im übrigen sind Fehler anläßlich der Operation vom 01.03.1994 nicht feststellbar. Auf Fehler kann auch nicht aus der Tatsache geschlossen werden, daß bereits kurze Zeit später eine Reoperation erforderlich wurde. Der Sachverständige hat keinerlei Fehler erkennen können. Die starken Verwachsungen, die bei der Klägerin auftraten, lassen nicht auf ein

fehlerhaftes Vorgehen schließen. Offenbar neigt die Klägerin zu Verwachsungen. Bereits der Operationsbericht vom 01.03.1994 beschreibt ausgedehnte Verwachsungen „im Unterbauch und rechts“. Das kleine Becken mit dem peritonisierten Anteil des Rektums ließ sich schon zu diesem Zeitpunkt wegen bestehender Verwachsungen nicht darstellen.

b. 77

Weitere Fehler, insbesondere solche anlässlich der zweiten Operation, rügt die Berufung nicht. Solche sind auch nicht erkennbar. Der Zeuge Dr. Y mußte die Dünndarmschlingen so weit entfernen, wie dies nach dem klinischen Bild erforderlich war. Selbst wenn der Klägerin nur noch 80 cm des Dünndarms verblieben sind, folgt hieraus nicht ein fehlerhaftes Vorgehen des Operateurs. 78

2. 79

Die Klägerin hat in den Eingriff vom 01.03.1994 wirksam eingewilligt. Die unstreitig erfolgte Aufklärung war sachgerecht und nicht verspätet. 80

Grundsätzlich hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, daß dem Patient genügend Zeit verbleibt, um das Für und Wider des Eingriffs hinreichend abwägen zu können. Nur dann ist die Entscheidungsfreiheit und damit das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in angemessener Weise gewahrt. Dabei kann je nach den Umständen und den Vorkenntnissen des Patienten von dem bevorstehenden Eingriff eine Aufklärung erst nach der Operationskonferenz im Verlaufe des Vortages genügen, wenn sie zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu der sie dem Patienten die Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts noch erlaubt (vgl. nur BGH, Urteil vom 17.03.1998, r + s S. 281). 81

Die Klägerin geht in der Berufungsinstanz selbst davon aus, daß die Aufklärung etwa 24 Stunden vor dem Eingriff erfolgte. Diese nach Durchführung aller erforderlichen Untersuchungen etwa 24 Stunden vor der Operation im Verlaufe des 28.02.1994 vorgenommene Aufklärung war rechtzeitig. Sie ließ der Klägerin genügend Zeit, das Für und Wider des Eingriffs abzuschätzen und sich ggf. auch noch gegen eine Operation zu entscheiden. 82

Die Aufklärung genügte auch inhaltlich den Anforderungen. Sie soll dem Patienten aufzeigen, was der Eingriff für ihn bedeutet. Der Patient muß die Art und Schwere des Eingriffs erkennen können. Die mit dem Eingriff verbundenen typischen Risiken sind zu nennen, wobei diese nicht medizinisch exakt zu bezeichnen sind; ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums genügt (vgl. nur Steffen/Dressler; Arzthaftungsrecht 8. Aufl. 1999 Rz 329 mit Nachweisen aus der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes). 83

In diesem Sinn hat die Klägerin eine Grundaufklärung erfahren. Ausweislich des von ihr unterschriebenen Merkblattes zu Operationen bei Dickdarmgeschwulsten wurde sie über die allgemeinen Risiken bis hin zu der Möglichkeit der Notwendigkeit der Revisionsoperation und des künstlichen Ausgangs informiert. Die Gefahr der Darmlähmung und des Darmverschlusses sind erwähnt. 84

Aufzuklären war auch über das Risiko von Verwachsungen. Hierbei handelt es sich um ein typisches, allgemein mit Operationen verbundenes Risiko, das bei Darmoperationen immerhin nach den Ausführungen des Sachverständigen postoperativ noch in 2% der Fälle auftritt. Ausdrücklich ist dieses konkrete Risiko dem verwendeten Merkblatt, mit dem das Aufklärungsgespräch geführt wurde, nicht zu entnehmen. Das typische Risiko, das mit Verwachsungen eingeht, ist die Gefahr der Reoperation. So mußte auch die Klägerin wegen 85

aufgetretener Verwachsungen letztlich erneut operiert werden. Die Gefahr der Notwendigkeit einer weiteren Operation ist indes schon in den allgemeinen Ausführungen des Merkblattes wie auch etwa mit der handschriftlichen Eintragung „Rezidiv“ nach Auffassung des Senats ausreichend angesprochen. Die Klägerin hat eine Aufklärung dahin erfahren, daß in bestimmten Fällen wie etwa „Platzbauch“ etc. eine erneute Operation erforderlich werden kann. Damit ist sie über das Risiko der Revisionsoperation aufgeklärt worden. Das damit verbundene und aufgezeigte Risikospektrum umfaßt nach Auffassung des Senats auch die Notwendigkeit eines erneuten Eingriffs wegen Verwachsungen. Zusätzlich hat der Zeuge Dr. Y darauf verwiesen, daß im Hause der Beklagten zu 2 standardisiert auch auf das Risiko von Verwachsungen hingewiesen werde.

Die Klägerin hat ausweislich des Verlaufsbogens am 28.02.1994 keine andere Medikation erhalten als an den Tagen zuvor. Es spricht deshalb nichts dafür, daß die Klägerin über ihre konkrete Situation hinaus durch eine Prämedikation dem Aufklärungsgespräch nicht mehr folgen konnte. 86

Unabhängig davon, daß die Klägerin sachgerecht aufgeklärt wurde, hat sie jedenfalls einen Entscheidungskonflikt nicht plausibel dargelegt. Auch unter Berücksichtigung des Umstandes, daß für die Frage der hypothetischen Einwilligung strenge Anforderungen zu stellen sind, damit das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung nicht unterlaufen wird, geht der Senat in dem konkreten Fall davon aus, daß die Klägerin auch bei einem Hinweis auf die Gefahr von Verwachsungen und einer deshalb erforderlich werdenden Zweitoperation konkret in den Eingriff eingewilligt hätte. Das ergibt sich nicht nur aus dem Krankheitsbild selbst, bei dem die Operation absolut indiziert war, keine sinnvollen Alternativen zur Verfügung standen und die Nichtbehandlung in kurzer Zeit zum Darmverschluß und bei erneuter Nichtbehandlung dann zum Tode geführt hätte. Die Klägerin hat sich nämlich auch durch den Hinweis auf eher schwerere Risiken wie Darmlähmung und sonstiger Umstände, die ebenfalls zu einem erneuten Eingriff führen konnten, nicht von der Einwilligung abhalten lassen. 87

Außerdem hat sie trotz der Verwirklichung des Risikos der Verwachsungen in den späteren zweiten Eingriff eingewilligt, um einem drohenden Darmverschluß zu entgehen. Der Sachverständige hat darauf verwiesen, daß angesichts des fortgeschrittenen Beschwerdebildes bereits kurzfristig bei Nichtbehandlung und unterbliebener Erstoperation mit einem Darmverschluß zu rechnen war. Es spricht deshalb alles dafür, daß die Klägerin auch nach konkreter Nennung des Risikos „Verwachsungen“ in den Ersteingriff eingewilligt hätte, um wie bei dem Zweiteingriff dem drohenden Darmverschluß zu entgehen. 88

Eine Anhörung der Klägerin war dem Senat vorliegend wegen ihres Gesundheitszustandes nicht möglich. 89

3. 90

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 91

4. 92

Das Urteil beschwert die Klägerin mit mehr als DM 60.000,-. 93
