
Datum: 15.05.2000
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 77/99
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2000:0515.3U77.99.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 6 O 282/97

Tenor:

1.

Die Berufung der Klägerin gegen das am 17. Dezember 1998 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Essen wird zurückgewiesen.

2.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

3.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 20.000,00 DM abwenden, falls nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in derselben Höhe leisten, die sie auch durch eine unbedingte und unbefristete Bürgschaft einer deutschen Großbank oder öffentlichen Sparkasse erbringen können.

Tatbestand:

Die Klägerin ist die Witwe und Erbin des am 27.02.1998 verstorbenen Herrn L. Sie hat nach dem Tod ihres Ehemannes den Rechtsstreit gegen die Beklagten aufgenommen.	2
Der Verstorbene wurde am 22.02.1994 wegen des Verdachtes auf ein Prostatakarzinom in die urologische Abteilung des in der Trägerschaft der Beklagten zu 2) stehenden X-Hospitals N2 eingewiesen, wo er bis zum 04.03.1994 stationär verblieb. Am 24.02.1994 nahm der Beklagte zu 1) eine transurethrale Elektroresektion vor. Der histologische Befund befundete die untersuchten Resektate als Anteile einer Adenomyomatose der Prostata ohne Anhalt für floride Entzündung, spezifische Entzündung oder bösartiges Wachstum.	3
Im Arztschreiben vom 07.03.1994 heißt es u.a.:	4
„Nach üblicher präoperativer Vorbereitung führten wir am 24.02.94 eine Meatotomie, eine Urethrotomia interna und die transurethrale Resektion der Prostata durch.	5
Der postoperative Verlauf war komplikationsfrei.	6
Gegen Ende des stationären Aufenthaltes vermochte der Patient seine Blase sonographisch nahezu restharnfrei zu entleeren.	7
Eine abschließend durchgeführte Uroflowmetrie war unauffällig.	8
Wir entließen Herrn L am 04.03.1994 beschwerdefrei in Ihre ambulante Weiterbehandlung.“	9
Bei postoperativen Kontrollen am 17.03. und 18.04.1994 stellte der Beklagte zu 1) Symptome einer Streßharninkontinenz fest. Deshalb wurde der Verstorbene vom 31.05. bis 01.06. erneut stationär aufgenommen. In der Folgezeit verbesserte sich der Zustand des Verstorbenen nicht. Am 08.03.1996 begab sich der Verstorbene zur Untersuchung zu dem Urologen Dr. Y in E, der zwischenzeitlich ebenfalls verstorben ist.	10
In einem Arztbrief des Dr. Y vom 13.03.1996 heißt es u.a.:	11
„... Der Übergang von Harnröhre in die prostatistische Harnröhre ist glatt. Der Schließmuskel im unteren und seitlichen Bereich bds. ist durch die TUR lediert. ...	12
Diagnose: Genitalekzem. Komplette Harninkontinenz, bei Z.n. TUR Prostatae und iatrogene Verletzung des Sphinkter externus uretrae. ...“	13
Die Klägerin hat behauptet, der Beklagte zu 1) habe bei der von ihm durchgeführten Operation am 24.02.1994 den muskulären Schließmuskel der Harnröhre verletzt. Der Beklagte zu 1) habe trotz starker Blutungen und dadurch bedingter schlechter Sichtverhältnisse die Operation nicht abgebrochen, sondern fortgesetzt, ohne zuvor für eine ausreichende Blutstillung Sorge getragen zu haben. Dadurch sei es in der Folgezeit zu einer Streßharninkontinenz gekommen.	14
Der Verstorbene hat zunächst die Beklagten auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes, eine angemessene Schmerzensgeldrente sowie auf Feststellung in Anspruch genommen. Die Klägerin hat den Feststellungsantrag für erledigt erklärt, den Antrag auf Zahlung einer Schmerzensgeldrente bis zum 27.02.1998 begrenzt und beantragt,	15

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes in seiner Höhe in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld nebst 4 % Zinsen seit dem 16.07.1997 sowie eine in ihrer Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellte Schmerzensgeldrente vom 24. Februar 1994 bis zum 27.02.1998 zu zahlen.

Die Beklagten haben beantragt, 17

die Klage abzuweisen. 18

Sie haben jedwede Behandlungsfehler und ihre Ursächlichkeit für die Beschwerden des Verstorbenen in Abrede gestellt. 19

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens, das der Sachverständige mündlich erläutert hat. Sodann hat das Landgericht die Klage mit der Begründung abgewiesen, Behandlungsfehler seien nicht feststellbar. Die Klägerin habe einen ärztlichen Behandlungsfehler nicht bewiesen und den Verschuldens- und Kausalitätsnachweis nicht geführt. 20

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 und auf die angefochtene Entscheidung Bezug genommen. 21

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit der Berufung. Sie wiederholt und vertieft den erstinstanzlichen Sach- und Streitstand und beantragt, 22

unter Abänderung des Urteils des Landgerichts Essen vom 17.12.1998 23

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe wir in das Ermessen des Gerichts stellen, nebst 4 % Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen. 24

2. festzustellen, daß die Hauptsache hinsichtlich des in der Klageschrift vom 11.06.1997 enthaltenen Klageantrags zu 2, mit dem die Feststellung der Schadensersatzpflicht der Beklagten begehrt wurde, erledigt ist. 25

Die Beklagten beantragen, 26

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise Vollstreckungsnachlaß. 27

Sie wiederholen und vertiefen ebenfalls den erstinstanzlichen Sachvortrag. 28

Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen Privatdozent Dr. M. 29

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die zweitinstanzlich gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Krankenunterlagen, das Protokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 15. Mai 2000 Bezug genommen. 30

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Klägerin bleibt in der Sache ohne Erfolg. 31

Der Klägerin stehen gegen die Beklagten die geltend gemachten Ansprüche auf Zahlung eines Schmerzensgeldes und Feststellung der Erledigung gem. §§ 1922, 823 Abs. 1, 31, 847 BGB bzw. wegen Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages in Verbindung mit § 278 BGB nicht zu.	32
Auch aufgrund der durch den Senat ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme steht nicht fest, daß die Behandlung des verstorbenen Ehemannes der Klägerin durch den Beklagten zu 2 fehlerhaft erfolgte. Der Senat folgt dabei den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Privatdozenten Dr. M, von dessen profunder Sachkunde er sich im Senatstermin bei dessen mündlicher Vernehmung ein Bild gemacht hat.	33
1. Die Operation vom 24.02.1994 war nicht fehlerhaft. Es kann nicht festgestellt werden, daß anlässlich dieser Operation der Beklagte zu 2 eine vermeidbar fehlerhafte iatrogene Läsion des Schließmuskels verursacht hat. Andere Behandlungsfehler kommen erkennbar nicht in Betracht. Dafür fehlt es an jedem Anhaltspunkt.	34
Nach Auffassung des Erstgutachters der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe (S. 6 des Bescheides der Kommission vom 14.11.1996) ist es „vermutlich“ zu einer iatrogenen Verletzung des muskulären Schließmuskels der Harnröhre gekommen; „offenbar“ seien „erhebliche Probleme“ durch „erhebliche intraoperative Blutungen“ aufgetreten, die zu einer verlängerten Operationszeit auf 90 Minuten geführt hätten. Der Gutachter nimmt die Eröffnung einer großen Vene sowie eine postoperative „Pseudokontinenz“ an. Einen Hinweis für die iatrogene Schädigung sieht dieser Gutachter in der Befundung durch Dr. Y. Streßharninkontinenz sei immer iatrogen verursacht; deshalb müsse vermutet werden, daß der Beklagte zu 2 nicht mit der gebotenen Sorgfalt vorgegangen sei. Nachdem er zunächst dennoch keinen „Kunstfehler“ unterstellen wollte, hat er in einer ergänzenden Stellungnahme sich dahin geäußert, es müsse angenommen werden, daß bei der Operation nicht mit der gebotenen Sorgfalt vorgegangen worden sei.	35
Der Zweitgutachter sieht ebenfalls einen Behandlungsfehler.	36
Dem vermag sich der erkennende Senat nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen nicht anzuschließen.	37
Der Sachverständige Dr. M weist überzeugend darauf hin, daß schon nicht feststehe, ob die Läsionen des Schließmuskels in der Form vorhanden gewesen seien, wie Dr. Y sie befundet hat. Eine nähere Aufklärung ist durch den Tod des ambulant behandelnden Urologen wie auch des ehemaligen Klägers und Ehemannes der jetzigen Klägerin nicht möglich.	38
Im Normalfall werden keine Zweifel hinsichtlich der Befundung eines Facharztes angebracht sein, wenn keinerlei profunde Anhaltspunkte bestehen, die dieses Ergebnis in Frage stellen. Die Sachlage ist vorliegend jedoch eine andere.	39
Der Sachverständige hat darauf verwiesen, daß es sich bei den von Dr. Y festgestellten Verletzungen um ganz außergewöhnliche Läsionen handelt, die in der Praxis eine absolute Rarität darstellen und kaum beschrieben werden. So hätten weder er noch sein Lehrer in ihrer langjährigen ärztlichen Tätigkeit eine solche Läsion in ihrem Krankengut gesehen, wie sie Dr. Y beschrieben hat. Lediglich der Urologe Prof. Dr. N hat eine seitliche Läsion beschrieben. Vorliegend hat Dr. Y nicht nur eine seitliche Läsion, sondern Läsionen an beiden Seiten des Schließmuskels und eine weitere Verletzung im unteren Bereich beschrieben. Das sind so außergewöhnliche und in ihrer Art nach praktisch nicht	40

vorkommende Verletzungen, daß schon aufgrund der außergewöhnlichen Seltenheit Zweifel an der Richtigkeit der Befundung durch Dr. Y bestehen. Verstärkt werden diese Zweifel dadurch, daß Schäden dieser Art, sofern sie nicht auf dem Operationsgerät beruhen, sozusagen vorsätzlich oder von einem absoluten Anfänger herbeigeführt worden sein müßten. Der Grund liegt darin, daß die typischen Komplikationen dieser Art auf einer Kippung oder Hebelbewegung des Instrumentes beruhen, wodurch sich dann in der Regel eine Verletzung bei 12.00 Uhr in Steinschnittlage, nicht aber seitlich ergibt. Zur Herbeiführung der seitlichen Verletzungen müßten damit völlig unsachgemäße und im gewissen Grad unmotivierte Bewegungen mit dem Instrument durchgeführt werden. Ein Anfänger ist der Beklagte zu 2 offenbar nicht. Für eine vorsätzliche Schädigung gibt es keinen Anhalt.

Ferner tritt hinzu, daß eine Befundung solcher Läsionen nach den Ausführungen des Sachverständigen nicht ohne weiteres vorgenommen werden kann, sondern solche Läsionen sehr schwer zu diagnostizieren sind. Der Sachverständige selbst wäre trotz seiner langjährigen operativen Erfahrung mit seinem eigenen Ergebnis sehr vorsichtig, würde sich ihm bei einer Cystoskopie ein solcher Befund zeigen. 41

Angesichts solcher Umstände sieht der Senat die Schädigung, so wie sie der verstorbene Dr. Y beschrieben hat, nicht als bewiesen an. 42

Selbst wenn jedoch solche Schädigungen vorgelegen haben sollten, ließen diese nicht zwingend auf einen Behandlungsfehler des Beklagten zu 2 schließen. Das folgt daraus, daß eine solch gänzlich ungewöhnliche Schädigung auch durch eine Drucknekrose oder durch einen sog. Leckstrom des Operationsinstrumentes bedingt sein kann. Soweit es um den denkbaren Fall einer Verbrennung durch Leckstrom geht, handelt es sich nicht um einen dem Beklagten in jeder Hinsicht zuzurechnenden voll beherrschbaren Risikobereich. Denn in diesem Sinn ist das Instrument gerade nicht voll beherrschbar. Leckströme infolge Fehlerhaftigkeit des Gerätes können unbemerkt, unkontrolliert und unvorhersehbar während der Operation entstehen. Sie können vor der Operation durch eine Kontrolle des Geräts nicht ausgeschlossen werden. Prüfgeräte zur Feststellung eines solchen Gerätedefektes gibt es nicht. Das Gerät warnt in der Regel selbst, wenn im Stromkreis Fehler auftreten. Warnt das Gerät nicht, ist dem Operateur jede Einflußmöglichkeit genommen. 43

2. Darüber hinaus steht nicht fest, daß der Verstorbene infolge der Operation inkontinent geworden, also der Schließmuskel überhaupt durch die Operation so beschädigt worden ist, daß der Verstorbene aus diesem Grund den Urin nicht mehr halten konnte. Hiervon sind die Gutachter der Kommission zwar ausgegangen und haben eine vorübergehende Pseudokontinenz angenommen. 44

Demgegenüber hat der gerichtliche Sachverständige ausgeführt, daß die zunächst nicht, sondern erst zeitlich später aufgetretene Inkontinenz auch auf einer ggf. schon zuvor bestehenden Funktionsstörung der Blase beruhen kann. Nähere Aufklärung ist auch hierzu durch den Tod des Patienten L nicht mehr möglich. Auszuschließen ist eine solche Funktionsstörung der Blase aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht. 45

3. Nicht feststellbar ist ferner, daß der Beklagte zu 2 nach Eröffnung einer Vene ohne ausreichende Sicht weiter operiert und dadurch die von Dr. Y beschriebenen Schädigungen oder Schäden überhaupt herbeigeführt hat. Der Sachverständige geht auch nicht von einer Veneneröffnung aus, weil der Verstorbene angesichts der Operationszeit von etwa 90 Minuten dann, wie es der Sachverständige formuliert hat, sehr krank gewesen wäre. In diesem Sinn geben die Krankenunterlagen jedoch nichts her. Vielmehr gestaltete sich der postoperative Verlauf unproblematisch. Allein aus der verlängerten Operationszeit von 90 46

Minuten kann auf eine Veneneröffnung nicht gefolgert werden. Sie kann auch auf einer allgemein erforderlich gewordenen Koagulation beruhen, ohne daß damit eine große Vene oder fehlerhaft ein anderes Gefäß eröffnet worden sein muß.

4. Aus der Operationszeit als solche folgt auch nicht gleichzeitig die Fehlerhaftigkeit des Vorgehens. Der Sachverständige hat ausgeführt, er würde keine Operationen planen, die über 60 Minuten hinausgingen. Das bedeutet indes nicht, daß deshalb die Operation etwa wegen intraoperativ aufgetretener Blutungen und der damit verbundenen Zeit für die Koagulation 60 Minuten nicht überschreiten darf. Entsprechend hat der Sachverständige auch allein in der Operationsdauer keinen Fehler gesehen. 47
5. Eine Cystomanometrie war nicht zwingend durchzuführen. Präoperativ ist dies nach den Ausführungen des Sachverständigen nicht üblich. Postoperativ hätte damit ggf. die Ursache der Beschwerden näher bestimmt werden können. Der Sachverständige hat allerdings nicht ausgeführt, daß aus therapeutischen Gründen nachträglich eine Cystomanometrie zwingend geboten war. Auch der nachbehandelnde Dr. Y, dem die seit nunmehr geraumer Zeit geklagten Beschwerden bekannt waren, hat aus therapeutischen Gründen nur eine Cystoskopie, nicht aber eine Cystomanometrie durchgeführt. 48
6. Die Einwilligung des Verstorbenen in den Eingriff war wirksam; der Verstorbene wurde auf die mit dem Eingriff verbundenen Risiken sachgerecht hingewiesen. Die Berufung führt selbst aus, daß ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat - und zwar mehr als einen Tag vor der Operation. Das hält der Senat für rechtzeitig. Ausweislich des Aufklärungsbogens, der von dem Verstorbenen unterschrieben worden ist, ist er sowohl über die verschiedenen Operationsmethoden (Schnittoperation und sog. TURP) als auch über die typischen Risiken der ausgeführten Operation wie Inkontinenz, Einschwemmung von Flüssigkeiten in den Kreislauf mit Herz-Kreislauf-Störungen aufgeklärt worden. Dabei wurde auch auf die Gefahr von Potenzstörungen als Folge des Eingriffs und des Verlustes der Zeugungsfähigkeit hingewiesen. 49
7. Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 50
8. Das Urteil beschwert die Klägerin mit mehr als DM 60.000,?. 51