
Datum: 28.02.2001
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 103/00
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2001:0228.3U103.00.00

Vorinstanz: Landgericht Bielefeld, 4 O 9/99

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 24. März 2000 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger kann die Zwangsvollstreckung gegen Sicherheitsleistung von DM 15.000,00 abwenden, wenn nicht der Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Der Beklagte darf die Sicherheit durch eine unbefristete und unbedingte Bürgschaft einer deutschen Großbank, Genossenschaftsbank oder Sparkasse erbringen.

Der am #####1948 geborene Kläger befand sich in der Zeit vom 6. Juli bis 19. Juli 1995 als Privatpatient in der medizinischen Klinik des Klinikums N3, deren Chefarzt der Beklagte ist.

Der Kläger wurde am 6. Juli 1995 über die Notaufnahme in der inneren Abteilung aufgenommen. Entsprechend den Angaben im Aufnahmebefund heißt es im Arztbrief vom 24.07.1995: 3

Der Patient wurde stationär eingewiesen, nachdem er in den Tagen zuvor mehrfach kollabiert sei und einmalig auch den Notdienst hinzugezogen habe. Hierbei waren erniedrigte Blutdruckwerte aufgefallen. Erhöhte Temperatur habe der Patient nicht bemerkt, wohl mehrfach Erbrechen, hierbei kein Blut, keine Durchfallssymptomatik. ... 4

Ansonsten wohl schon seit längerem bekannter C2-Abusus, in den letzten Tagen habe er kaum Alkohol getrunken, weiterhin arterielle Hypertonie, hier Betablocker-Medikation. 5

Befund bei Aufnahme: 46-jähriger Patient in gutem EZ und mäßig reduziertem AZ (80 kg bei 186 cm Körpergröße), blasse Konjunktiven und Schleimhäute, sonst Befund an Kopf und Hals unauffällig, über der Lunge bei Vesikulärthmen keine Nebengeräusche, Herzfrequenz um 140/min., Blutdruck 90/60 mm Hg., Herztöne rein, keine Geräuschphänomene, Bauchdecken gespannt, Leber ca. zwei bis drei Qf. in der MCL vergrößert tastbar, diffuser Druckschmerz im Bereich des gesamten Abdomens, Darmgeräusche spärlich, aber eindeutig nachweisbar, verstärkte epigastrische Venenzeichnung, Rektusdiastase, Rektalnachweis von Teerstuhl, periphere Pulse und Muskeleigenreflexe seitengleich unauffällig, Patient wirkt „fahrig“, eindeutiger Tremor. 6

Die Untersuchungen erbrachten in der Zeit vom 06.07. bis 19.07.1995 u.a. folgende Befunde: 7

Laborwerte vom 06.07.1995: Lipase 301 U/l, CRP 19 mg/dl 8

Gastroskopie vom 06.07.1995: Schwere ulzerierende Ösophagitis im unteren Drittel. Zusätzlich eine längliche fibrinbelegte Läsion im Bereich der Cardia im Sinne einer derzeit nicht blutenden Mallory-Weiss-Läsion. Magen und Duodenum sind unauffällig. 9

Abdomenübersichtsaufnahme vom 06.07.1995: Geblähte Darmschlingen, keine freie Luft. 10

Abdomenultraschall vom 06.07.1995 wegen Luftüberlagerung Pankreas nicht einsehbar. Homogen verdichtete Leber ohne Raumforderungen. Keine freie Flüssigkeit. Milz und Nieren unauffällig. 11

Röntgenaufnahme des Thorax vom 06.07.1995: Zwergfellhochstand rechts. Pleuraerguß links basal. Z.n. älterer Fraktur der 5. Rippe rechts lateral. Keine Infiltrate. 12

Laborwerte vom 07.07.1995: Amylase 91 U/l, Lipase 223 U/l, GTT 30 U/l, AP 129 U/l. 13

Röntgenaufnahme der Nasennebenhöhlen vom 10.07.1995: polypöse Schleimhautschwellung am Boden der linken Kieferhöhle ohne Spiegelbildung bei sonst unauffälligen Nasennebenhöhlen. Kein entzündlicher Focus erkennbar. 14

Laborwerte vom 11.07.1995: Lipase 136 U/l, CRP 20 mg/dl. 15

In der Zeit vom 07.07. bis 10.07.1995 erfolgten mehrere Blutkulturentnahmen. Am 12.07.1995 war die Blutkultur positiv, am 13.07. wurde Bacteroides fragilis identifiziert. Candida-Antigen im Blut vom 13.07.1995 war mit 1:8 positiv. 16

Abdomensonografie vom 11.07.1995: Steatosis hepatis. ... Pancreas unauffällig.	17
Transthoracale Echokardiographie vom 10.07.1995: V.a. Mitralklappenendokarditis. Transösophagiale Echokardiographie indiziert.	18
Transösophagiale Echokardiographie vom 11.07.1995 kein Nachweis von Vegetationen auf den Herzklappenpunkt Mitralklappenprolaps und Mitralklappeninsuffizienz Grad I.	19
Abdomensonographie vom 13.07.1995: Gallenblase leicht wandverdickt. Kleines Gallenblasenkonkrement. Pankreas wegen Luftüberlagerung nicht beurteilbar. ...	20
Röntgen-Thorax vom 13.07.1995 infiltrat links in den basalen Lungenabschnitten.	21
Laborwerte vom 17.07.1995: Lipase 87 U/l, GGT 55 U/l, CRP 17.4 mg/dl.	22
Vom 13.07. bis zum 17.07.1995 erfolgte eine antibiotische Behandlung des Klägers mit Cefotiam, Metronidazol und Gentamicin i.V. Vom 15.07. bis 17.07.1995 erhielt der Kläger zusätzlich Fluconazol und vom 17.07. bis 19.07. Imipenem i.V.	23
Am 19.07.1995 erfolgte eine Computertomographie von Thorax und Abdomen. Im Arztbrief vom 24.07.1995 heißt es hierzu:	24
Verdachtsdiagnose war zu diesem Zeitpunkt eine Abzeßbildung, ausgehend von der schweren Ösophagitis. Letztlich überraschend wurde dann der Befund einer Abzeßbildung retroperitoneal mit Nachweis freier Luft im Abdomen gefunden. Weiterhin war im Bereich des Pankreaskopfes eine zystische Formation nachzuweisen, das Restpankreas ansonsten weitgehend atroph. Retrospektiv gehen wir davon aus, daß bei dem Patienten wohl klinisch blande entweder als Komplikation einer chronischen Pankreatitis oder im Rahmen einer akuten Pankreatitis beim Auftreten einer Nekrotisierung gekommen war, und sich hiervon dann eine Abzeßbildung entwickelt hatte.	25
Am Abend des 19.07.1995 erfolgte die Verlegung des Klägers in eine Chirurgische Klinik zur Operation. Hierbei erfolgte die Entfernung der Milz, der Hälfte der Gallenblase, 4/5 des Dickdarmes sowie die Anlegung eines künstlichen Darmausganges, der im November 1997 zurückverlegt wurde. Der Kläger verblieb vom 19.07. bis zum 20. September 1995 auf der Intensivstation und mußte sich wiederholt Reoperationen unterziehen.	26
Der Kläger hat behauptet, der Beklagte habe die Behandlung dem Berufsanfänger Dr. T überlassen und sich um seine Behandlung nicht gekümmert. Die erforderlich gewesen notwendigen Diagnosemaßnahmen seien nicht rechtzeitig eingeleitet und die computertomographische Untersuchung zu spät erfolgt. Bei rechtzeitig durchgeführter computertomographischer Untersuchung wäre die Pankreatitis früher erkannt und chirurgisch behandelt worden. Dann wäre es nicht zur Nekrose gekommen und andere Organe wären nicht in Mitleidenschaft gezogen worden. Hierdurch wären ihm auch weitere Operationen erspart geblieben.	27
Der Kläger hat beantragt,	28
den Beklagten zu verurteilen,	29
1.	30
	31

an ihn ein angemessenes Schmerzensgeldkapital nebst 4,78 % Zinsen vom 14.03.1998 bis zur Klagezustellung und nebst 5,4 % Zinsen ab Klagezustellung zu zahlen,	
2.	32
daneben an ihn eine angemessene monatliche Schmerzensgeldrente ab 01.08.1995 nebst 4 % Zinsen jeweils ab Fälligkeit zu zahlen,	33
3.	34
festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, sämtliche materiellen und weitere künftigen immateriellen Schäden des Klägers aus dem Fehlverhalten des Beklagten in 1995 zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf öffentlich-rechtliche Versicherungsträger übergegangen sind oder zu 1. und 2. ausgeurteilt wurden.	35
Der Beklagte hat beantragt,	36
die Klage abzuweisen.	37
Er hat sämtliche Behandlungsfehler in Abrede gestellt.	38
Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens. Sodann hat es die Klage mit der Begründung abgewiesen, der Kläger habe den ihm obliegenden Beweis für eine fehlerhafte ärztliche Behandlung nicht erbracht.	39
Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die erstinstanzlich gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, das schriftliche Gutachten des Sachverständigen sowie auf die Entscheidung des Landgerichts Bezug genommen.	40
Gegen die Entscheidung des Landgerichts wendet sich der Kläger mit der Berufung. Unter Wiederholung und Vertiefung des erstinstanzlichen Sachvortrages beantragt er,	41
unter Abänderung des angefochtenen Urteils den Beklagten zu verurteilen,	42
1.	43
an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 4,78 % Zinsen vom 14.03.1998 bis zur Klagezustellung und nebst 6,4 % Zinsen ab Klagezustellung,	44
2.	45
darüber hinaus an ihn eine angemessene monatliche Schmerzensgeldrente ab dem 01.08.1995 nebst 4 % Zinsen jeweils ab Fälligkeit zu zahlen,	46
3.	47
festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, sämtliche materiellen und weiteren künftigen immateriellen Schäden aus dem Fehlverhalten des Beklagten in 1995 zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf öffentlich-rechtliche Versicherungsträger übergegangen sind.	48
Der Beklagte beantragt,	49
die Berufung zurückzuweisen,	50

hilfsweise Vollstreckungsnachlaß.	51
Der Kläger wiederholt und vertieft ebenfalls den erstinstanzlichen Sachvortrag.	52
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen.	53
Wegen weiterer Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sachvortrages wird auf die zweitinstanzlich gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Krankenunterlagen, das Protokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 11. Dezember 2000 Bezug genommen.	54
<u>Entscheidungsgründe</u>	55
Die zulässige Berufung des Klägers bleibt in der Sache ohne Erfolg.	56
Dem Kläger stehen die geltend gemachten Ansprüche auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes bzw. einer Schmerzensgeldrente und auf Feststellung gem. §§ 823 Abs. 1, 831, 847 BGB oder wegen Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages in Verbindung mit § 278 BGB nicht zu.	57
Der Senat folgt dabei den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Privatdozent Dr. X, dessen Fachkunde nach Einschätzung des Senats infolge dessen mündlicher Vernehmung außer Zweifel steht. Soweit die zu den Akten gereichten Privatgutachten der Prof. Dr. N2 und L hiervon abweichen, vermag der Senat deren Ausführungen nicht zu folgen.	58
1. Im Kern wirft der Kläger dem Beklagten bzw. den ihn behandelnden Ärzten vor, nicht rechtzeitig die erforderliche Diagnostik betrieben, verspätet, nämlich erst am 19.07.1995 ein Computertomogramm von Thorax und Abdomen durchgeführt und deshalb fehlerhaft erst zu diesem Zeitpunkt die nekrotisierende Pankreatitis entdeckt zu haben. Soweit die Berufung darauf abstellt, es sei schon die Eingangsdiagnose unzureichend gewesen, hängt dies mit dem vorbezeichneten Vorwurf unmittelbar zusammen.	59
Zur Überzeugung der Kammer ist den behandelnden Ärzten weder ein Diagnoseirrtum im Sinne eines Behandlungsfehlers unterlaufen, noch haben sie behandlungsfehlerhaft die erforderlichen Befunde nicht bzw. nicht rechtzeitig erhoben.	60
a. Am Aufnahmetag, dem 06.07.1995, lag kein sog.akutes Abdomen vor. Deshalb brauchte insbesondere kein Chirurg zur Abklärung der Situation hinzugezogen zu werden. Nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen lagen die definitionsmäßig erfaßten Merkmale eines akuten Abdomens weder am Aufnahmetag noch in den folgenden Tagen vor. Wie dem Senat bekannt ist, sind Leitsymptome des akuten Abdomens akut auftretende Schmerzen, Veränderungen der Darmperistaltik, eine abdominelle Abwehrspannung, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, evl. Fieber, klinische Zeichen einer inneren Blutung, Kreislaufstörungen und Schock.	61
Wenn auch ein Teil der Symptomatik, die der Kläger zeigte, mit denen des akuten Abdomens übereinstimmen, so verzeichnen die Krankenunterlagen jedoch insbesondere keine abdominelle Abwehrspannung und keine akut auftretenden Schmerzen. Ausweislich des Verlaufsbogens waren das Abdomen am 06.07.1995 zwar gebläht und nach dem Befund die Bauchdecken etwas gespannt; auch ist ein diffuser Druckschmerz verzeichnet. Eine Abwehrspannung im Sinne der Definition wird jedoch nach den überzeugenden Ausführungen des	62

Sachverständigen nicht beschrieben. Ebenso sind für den Aufnahmetag keine akuten Schmerzen verzeichnet. Für die Folgezeit ist dem Verlaufbogen keine Veränderung zum Negativen zu entnehmen. So heißt es für den 10.07., das Abdomen sei o.B. bzw. „idem“, für den 11.07. ist sogar ein weiches Abdomen beschrieben. Der Senat hat keinen Anlaß anzunehmen, auch nicht unter Berücksichtigung der Umstände zur Einsichtnahme in die Krankenunterlagen, daß diese im Nachhinein verändert oder ergänzt worden sind.

Soweit der Privatgutachter Prof. Dr. N2 die klinischen Anzeichen für ein akutes Abdomen beschreibt (Seite 8 des Gutachtens), ist nicht erkennbar, auf welcher Tatsachengrundlage er zu der Erkenntnis gelangt, daß eine Abwehrspannung im Epigastrium vorgelegen habe. Ohnehin ist nicht abschließend beurteilbar, welche Unterlagen dieser Gutachter zur Verfügung hatte und ob diese ihm ein abschließendes und vollständiges Bild zur Begutachtung der Sachlage geben konnten. Seine Angabe, es habe eine Abwehrspannung vorgelegen, spricht eher dagegen. Denn in dem Befund vom Aufnahmetag ist bei der vorgedruckten Rubrik „Abwehrspannung“ keine Eintragung vorgenommen worden, also eine solche nicht festgestellt worden.

63

Daß eine Abtastung vorgenommen wurde, zeigt andererseits die Eintragung „deutl. DS“. Dieser Befund des Druckschmerzes findet sich auch in dem Arztbrief vom 24.07.1995, nicht aber ein Hinweis auf eine bestehende Abwehrspannung. Diese wird auch im Verlaufsbogen nicht beschrieben. Es findet sich nur der Hinweis auf eine leichte Spannung der Bauchdecken, die aber – wie ausgeführt – der gerichtliche Sachverständige auch im Zusammenhang mit den übrigen Symptomen nicht als ausreichend erachtet hat, um ein akutes Abdomen annehmen zu können. Gespannte Bauchdecken können bereits bei jeder Gastroenteritis vorliegen und waren vorliegend kein Anzeichen etwa für eine Peritonitis.

64

b. Ebenso mußte nicht bis zum 19.07. die Diagnose der Pankreatitis verfolgt und mit allen diagnostischen Mitteln bereits früher abgeklärt werden.

65

Überzeugend hat der Sachverständige darauf verwiesen, daß die vom Arzt zu betreibende Diagnostik nicht darauf hinaus laufen darf, alles und um jeden Preis abzuklären. Auch die Privatgutachter haben eingeräumt, daß der Beklagte bzw. seine ärztlichen Mitarbeiter im Prinzip die richtige Diagnostik und die richtigen Maßnahmen ergriffen haben. Lediglich die nötige Konsequenz habe gefehlt (so Prof. Dr. N2) bzw. sei nicht ausreichend gewesen (so Prof. Dr. L. Das bezieht sich auf die später festgestellte Pankreatitis. Der gerichtliche Sachverständige hat demgegenüber jedoch überzeugend ausgeführt, daß die festgestellten Symptome und die Laborwerte nicht einen so starken Verdacht einer Pankreatitis hervorriefen, daß diesem auf alle Fälle hätte nachgegangen und früher durch ein CT abzuklären gewesen wäre. Es zeigten sich im Verlauf der Behandlung auch andere Krankheitsbilder wie etwa die schwere ulzerierende Ösophagitis, die eine Erklärung für das Krankheitsbild geben konnten. An eine Pankreatitis hätte man nur dann und unbedingt denken und diese weiter diagnostisch verfolgen müssen, wenn der Kläger über akute Bauchschmerzen geklagt hätte und insbesondere die Amylase- und Lipasewerte um mehr als das dreifache erhöht gewesen wären. All dies war nicht der Fall. Diese Symptome hat der Sachverständige als entscheidende diagnostische Merkmale für den Verdacht einer Pankreatitis bezeichnet.

66

c. Auch ansonsten sind keine Fehler des Beklagten oder seines ärztlichen Personals feststellbar. Insbesondere wurden die Sonographien nicht fehlerhaft durchgeführt oder ausgewertet. Auch wenn die Eintragung „Pankreas o.B.“ vom Sachverständigen im Aussagegehalt in Zweifel gezogen wird und objektiv unrichtig sein mag, ist hieraus kein fehlerhaftes Verhalten zu schlußfolgern. Denn der später diagnostizierte Abszeß war, so er

67

denn bei den Sonographien bereits vorlag, sehr schlecht einsehbar. Der Prozeß lag im wesentlichen hinter dem Pankreas. Mehr als man gesehen und befundet hat, hätte man nicht sehen müssen.

Darüber hinaus hat der Sachverständige klargestellt, daß nichts übersehen und für ihn auch aus sonstigen Umständen keinerlei Versäumnisse erkennbar sind. Mangels feststellbarer Behandlungsfehler kommt es im Hinblick auf die konkret geltend gemachten Ansprüche nicht darauf an, ob der Beklagte den Kläger persönlich behandelt hat und welche Berufserfahrung der ggf. behandelnde Arzt zur damaligen Zeit hatte. 68

Die Ausführungen des Klägers im Schriftsatz vom 08.02.2001 geben dem Senat zu einer anderen Entschätzung keinen Anlaß. 69

2. Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs.1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 70

3. Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als DM 60.000,-. 71