Oberlandesgericht Hamm, 3 U 212/00

Datum:	22.08.2001
Gericht:	Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper:	3. Zivilsenat
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	3 U 212/00
ECLI:	ECLI:DE:OLGHAM:2001:0822.3U212.00.00

Vorinstanz:	Landgericht Bochum, 6 O 465/97

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 14. August 2000 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 Zwangsvollstreckung der Beklagten gegen Sicherheitsleistung von 14.000,00 DM abwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Beiden Parteien wird nachgelassen, die Sicherheit durch eine unbefristete und unbedingte Bürgschaft einer deutschen Großbank, Genossenschaftsbank oder Sparkasse zu erbringen.

Tatbestand: 1

2

Der Kläger wurde am 08. Oktober 1983 wegen eines Leistenbruchs im Hause der Beklagten operiert. Ausweislich des Statusbogens für chirurgisch Kranke vom 06.10.1993 bestand nach einer Operation ein Jahr zuvor am linken Ellenbogen eine Neurolyse des Nervus ulnaris sowie eine Psoriasis vulgaris. Als lokaler Befund ist eine schmerzhafte rechte Leiste sowie ein leichter Anprall am palpierenden Finger beim Husten vermerkt. Nach eigenen Angaben des Klägers bestand ein Zigarettenkonsum von 30 Stück pro Tag. Zusätzlich lagen eine Belastungshypertonie sowie eine – relativ geringfügige – Leukozytose vor.

Nach Aufklärung vom 07.10.1993 über die vorgesehene Operation sowie über die Risiken einer Anästhesie erfolgte der Eingriff am 08.10.1993 mittels Spinalanästhesie. Die Operation verlief unauffällig. 3

Postoperativ traten am 10.10.1993 in den Vormittagsstunden septische Temperaturen von 39 Grad Celsius auf. Zudem schwoll der rechte Hoden an. Am 11.10.1993 erfolgte deshalb eine Revisionsoperation. Im Operationsbericht heißt es diesbezüglich: 4

„Nach dem am dritten postop. Tag ein Ödem des rechten Hodens aufgetreten war und von konsiliarisch urologischer Seite der Verdacht auf eine Cirkulationsstörung im Bereich des Samenstranges geäußert wurde, wird die Indikation zur Leistenrevision gestellt.“ 5

Zu diesem Zeitpunkt lag ein starker Anstieg der Leukozyten auf 24.600 n/l. vor. 6

Ausweislich des Anästhesieprotokolls vom 11.10.1993 wurde die Revisionsoperation mit oraler Intubation durchgeführt. Unter „Anmerkungen“ heißt es: 7

„massive Spastik nach Einleitung, endotracheal viel gelbes Sekret, intraOp Zunahme der Spastik ...“ 8

In einem Arztbrief der Beklagten vom 04.02.1994 heißt es u.a.: 9

„Wir berichten über ihren obg. Patienten, der sich vom 06.10.1993 bis 21.10.1993 und vom 06.12.1993 bis 22.12.1993 in unserer stationären Behandlung sowie vom 23.12.1993 bis zum 04.01.1994 in unserer poststationären Behandlung befand. 10

Diagnose: 1. Sepsis unklarer Genese mit ARDS, 11

akutes Nierenversagen 12

2. Status nach Herniotomie, Leistenrevision 13

3. Arterielle Hypertonie 14

4. COLD 15

Therapie: Intensivmedizinische Therapie 16

.... Im Rahmen der Intubationsnarkose war eine massive bronchiale Spastik aufgetreten, die nur schwer zu durchbrechen war. Der Patient mußte postop. auf die operative Intensivstation verlegt werden. Es kam zur Entwicklung einer massiven Sepsis. 17

Aufgrund der sich verschlechternden pulmonalen Situation mit Entwicklung eines massiven ARDS wurde Herr G. in das Klinikum der X-Universität N zur möglicherweise durchzuführenden extrakorporalen Oxigenation verlegt. Diese wurde jedoch nicht notwendig, der Patient wurde weiterhin antibiotisch behandelt, nach einem protrahierten Weaningprozeß 18

wurde Herr G. am 06.12.1993 in unsere Klinik zurückverlegt. Eine Ursache des septischen Geschehens konnte auch dort nicht eruiert werden.

Nach Rücknahme in unsere Klinik wurde eine Fortführung der intensiven Atemtherapie, eine Therapie der inzwischen entwickelten M.peronaeus-Parese bds. durch physikalische und krankengymnastische Maßnahmen durchgeführt. ...“ 19

Der Kläger hat behauptet, die Durchführung der Revisionsoperation am 11.10.1993 mit Intubationsnarkose sei fehlerhaft gewesen, insbesondere weil bekannt gewesen sei, daß sein Atemsystem geschwächt und für Komplikationen anfällig gewesen sei. Die Anästhesie habe deshalb durch eine Rückenmarkspritze erfolgen müssen. Zudem sei er weder über die in seinem Fall besonders hohen, mit einer Intubationsnarkose verbundenen Gefahren aufgeklärt worden, noch darüber, daß für die Revisionsoperation auch andere, für ihn weniger gefährliche Narkosemethoden, nämlich die Spinalanästhesie in Betracht kommen würde. Ein ärztlicher Kunstfehler sei auch darin zu sehen, daß die erste Operation, bei der ebenfalls ein erhöhter Leukozytenwert vorgelegen habe, in Spinalanästhesie durchgeführt worden sei. Das nachfolgende septische Geschehen sei durch nicht kunstgerechte Anästhesie bei der ersten Operation in Gang gesetzt worden. 20

Der Kläger hat beantragt, 21

1. 22

die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld in einer Höhe von mindestens 70.000,00 DM nebst 4 % Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen; 23

2. 24

festzustellen, 25

a) 26

daß die Beklagte verpflichtet ist, ihm alle evtl. zukünftig noch entstehenden materiellen Schäden zu ersetzen, die dem Kläger im Zusammenhang mit der Revisionsoperation an der Leiste am 11.10.1993 im Y-Hospital in I2 durch die hierbei eingetretene Bronchialspastik und alle ihre Folgen entstehen werden, soweit die Ansprüche nicht auf öffentlichrechtliche Versorgungsträger oder Träger der Sozialversicherung übergehen; 27

b) 28

daß die Beklagte verpflichtet ist, ihm alle weiteren evtl. zukünftig noch entstehenden immateriellen Schäden zu ersetzen, die dem Kläger im Zuammenhang mit der Revisionsoperation an der Leiste am 11.10.1993 im Y-Hospital in I2 durch die hierbei eingetretene Broncialspastik und alle ihre Folgen entstehen werden, sofernn sich der Gesundheitszustand des Klägers wesentlich verschlechtern sollte. 29

Die Beklagte hat beantragt, 30

die Klage abzuweisen. 31

Die Beklagte hat sämtliche Behandlungsfehler in Abrede gestellt. 32

33

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung von schriftlichen Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. Q sowie Privatdozent Dr. M. Zusätzlich hat der Sachverständige Prof. Dr. Q sein Gutachten mündlich erläutert. Sodann hat das Landgericht die Klage abgewiesen mit der Begründung, einen Behandlungsfehler habe der Kläger nicht beweisen können.

Hiergegen wendet sich der Kläger mit der Berufung. Der Kläger behauptet nunmehr, das Krankheitsbild des ARDS sei durch eine massive Aspiration von Magensaft bedingt. Die Anästhesisten hätten es fehlerhaft versäumt, eine Aspirationsprophylaxe (Magensonde etc.) vorzunehmen. Außerdem sei er im Krankenhaus der Beklagten schuldhaft einer Infektionsgefahr durch Handwerksarbeiten ausgesetzt gewesen. 34

Der Kläger beantragt, 35

das am 14.08.2000 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Bochum (6 O 465/97) abzuändern und 36

1. 37

die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein in das Ermessen des Senats gestelltes Schmerzensgeld, mindestens jedoch 70.000,00 DM nebst 4 % Zinsen ab Rechtshängigkeit zu zahlen; 38

2. 39

festzustellen, daß die Beklagte verpflichtet ist, ihm allen materiellen und weiteren immateriellen Zukunftsschaden aus Anlaß der Revisionsoperation an der Leiste vom 11.10.1993 im Y-Hospital in I2 zu erstatten, soweit ein öffentlich-rechtlicher Forderungsübergang nicht stattfindet. 40

Die Beklagten beantragen, 41

die Berufung zurückzuweisen, 42

hilfsweise Vollstreckungsnachlaß. 43

Sie stellen nach wie vor Behandlungsfehler in Abrede und wiederholen und vertiefen im übrigen den erstinstanzlichen Sachvortrag. 44

Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. Q. 45

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die erstinstanzlich gewechselten Schriftsätze, die schriftlichen Gutachten der Sachverständigen, das Protokoll und auf die angefochtene Entscheidung des Landgerichts, die beigezogenen Krankenunterlagen und auf das Protokoll sowie den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 16. Mai 2001 Bezug genommen. 46

Entscheidungsgründe: 47

Die zulässige Berufung des Klägers bleibt in der Sache ohne Erfolg. 48

Dem Kläger stehen gegen die Beklagte die geltend gemachten Ansprüche auf Zahlung eines Schmerzensgeldes und Feststellung gem. §§ 831, 847 BGB bzw. wegen Schlechterfüllung 49

des Behandlungsvertrages in Verbindung mit § 278 BGB nicht zu.

Auch nach der durch den Senat ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme steht nicht fest, daß die Behandlung im Hause der Beklagten fehlerhaft erfolgte. Der Kläger hat den ihm obliegenden Beweis behandlungsfehlerhaften Verhaltens des Personals der Beklagten nicht geführt. Dabei folgt der Senat den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. Q, von dessen Sachkunde er sich auf Grund der mündlichen Vernehmung ein ausreichend sicheres Bild machen konnte. Ergänzend wird auf die zutreffenden Ausführungen des Landgerichts Bezug genommen. 50

1. Der Kläger hat in dieser Instanz seinen Vorwurf gegen das ärztliche Personal der Beklagten darauf beschränkt zu behaupten, er habe fehlerhaft Magensaft im Zuge der Intubationsnarkose aspiriert, was durch eine entsprechende Prophylaxe hätte verhindert werden können. Außerdem seien die hygienischen Standards durch einen Handwerkerbetrieb auf der operativen Intensivabteilung nicht eingehalten worden. Weitere Behandlungsfehler erhebt er mit der Berufung nicht, auch nicht durch Bezugnahme auf den erstinstanzlichen Sachvortrag. Der Kläger hat dies durch seinen Prozeßbevollmächtigten im Senatstermin noch einmal ausdrücklich bekräftigt. Deshalb kam es auf das Geschehen vor dem Eingriff vom 11.10.1993 sowie auf die Frage, ob eine orale Intubation als solche erfolgen durfte, nicht mehr an. Diesbezüglich sind auch Behandlungsfehler nicht erkennbar. 51

a. 52

Der Sachverständige hat sich explizit mit diesen Fragen beschäftigt und überzeugend ausgeführt, daß Fehler im Zusammenhang mit der Intubation als solche und der Durchführung der Anästhesie nicht erkennbar seien. So war es angesichts der notfallmäßigen Situation und der Möglichkeit des „vollen Magens“ gerechtfertigt, von einem solchen auszugehen und deshalb eine Schnelleinleitung der Anästhesie vorzunehmen. Jeder „halbwegs vernünftige Anästhesist wählt in Deutschland in einem solchen Fall dann diese Technik“. 53

Daß der Kläger wegen fehlerhaften Handelns des Anästhesisten Magensaft aspiriert hat, war nicht feststellbar. Der Sachverständige hat keinerlei Fehler im Zusammenhang mit der Durchführung der Intubation als solche bzw. der Anästhesie insgesamt gesehen. Selbst für den – unterstellten – Fall, daß der Kläger tatsächlich Magensaft aspiriert haben sollte, hat er kein ärztliches Fehlverhalten bejaht. Das beinhaltet die Aussage, daß keine besondere Prophylaxe etwa durch Legen einer Magensonde oder ähnliches durchzuführen war. 54

Dabei steht auch schon nicht fest, daß der Kläger überhaupt Magensaft aspiriert hat, erst recht nicht, daß eine – unterstellte – Aspiration zu der gefürchteten Komplikation des ARDS geführt hat. Auch diesbezüglich hat der Sachverständige überzeugend darauf verwiesen, daß weder der Verlauf als solcher noch die gefertigten Röntgenaufnahmen noch ein sonstiger Umstand einen positiven Anhalt für eine Aspiration bieten. Auch die spezifischen Lungengeräusche belegen keine Aspiration von Magenflüssigkeiten. 55

In Übereinstimmung mit dem gerichtlichen Sachverständigen haben auch die Gutachter der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe gemäß Bescheid vom 24.03.1995 (Bl. 11 ff. GA) keine Aspiration festzustellen vermocht und auch keine Prophylaxemaßnahmen gefordert. Einen Behandlungsfehler haben sie nicht bejaht. So konnte auch der Erstgutachter der Kommission etwa die Ursache des ARDS-Syndroms nicht erkennen und hielt diese Frage für nicht beantwortbar. Jedenfalls hat er diese Komplikation nicht mit einer Aspiration von Magensaft in Zusammenhang gebracht. 56

Soweit der Privatgutachter Prof. Dr. C, auf den sich die Berufung im wesentlichen stützt, anderer Auffassung ist, vermögen dessen Ausführungen nicht zu überzeugen. Als mögliche Ursache des ARDS sieht dieser Gutachter u.a. sowohl ein schweres septisches Geschehen als auch die Magensaftaspiration an. Daß ein septisches Geschehen bei dem Kläger im Schwange war, also auch hier die Ursache für die spätere Entwicklung liegen konnte, spricht dieser Gutachter nachfolgend selbst an (Bl. 304 GA). Daß die spätere Entwicklung sowie die Röntgenbilder zwingend auf eine Aspiration schließen lassen, hat der gerichtliche Sachverständige überzeugend in Abrede gestellt, sich hier noch einmal bei den Radiologen vergewissert. Belegen aber weder Verlauf noch bildgebende Verfahren die Aspiration und sind die auskultatorischen Lungengeräusche auch anders erklärbar, etwa durch den vorhandenen Schleim, so bleibt die Aspiration als solche letztlich Spekulation und eine Annahme, wie der Privatgutachter selbst zunächst vorsichtig und einleitend formuliert hat. 57

b. 58

Selbst dann, wenn man ungeachtet vorstehender Ausführungen von einem Fehler auszugehen hätte, wozu der Senat keinen Anlaß hat, hätte der Kläger den ihm obliegenden Beweis nicht geführt, daß sich dieses im Zusammenhang mit der Intubation und Anästhesie stehende fehlerhafte Verhalten kausal ausgewirkt hat. Beweiserleichterungen kämen dem Kläger nicht zu Gute. Angesichts der klaren Aussagen des gerichtlichen Sachverständigen sowie der Ausführungen der Gutachter der Kommission könnte von einem groben Versäumnis nicht ausgegangen werden. In diesem Fall wäre nicht festzustellen, daß eine unterstellt versäumte Magensaftprophylaxe den Narkosezwischenfall kausal verursacht hat. Der Privatgutachter führt selbst aus, daß der Kläger wegen des septischen Vorgeschehens ein erhebliches Risiko für die Entwicklung eines ARDS hatte. Kommt die Aspiration hinzu, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines schweren ARDS auf das 3-fache (Bl. 304). Das schließt nicht aus, daß die Bronchospastik und der ARDS dennoch allein etwa durch das septische Geschehen bedingt sind. 59

c. 60

Die Ausführungen des Klägers im nachgelassenen Schriftsatz vom 23.07.2001 sowie die mit diesem Schriftsatz zu den Akten gereichte Literatur geben dem Senat zu einer anderen Einschätzung der Sach- und Rechtslage keine Veranlassung. Ein Grund zur Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung besteht nicht. 61

2. 62

Ob und inwieweit durch die Handwerksarbeiten auf der operativen Intensivstation gegen bestehende Hygienestandards verstoßen worden ist, kann im vorliegenden Fall ausdrücklich offen bleiben. Der Zeuge C4 hat bekundet, letztmalig am 08.10.1993 und dann erst wieder am 02.11.1993 auf der operativen Intensivstation gearbeitet zu haben. Der Kläger wurde erst nach der Revisionsoperation vom 11.10.1993 auf die Intensivstation und bereits am 21.10.1993 in die X-Klinik in N verlegt. Angesichts dieser zeitlichen Vorgaben hat der Sachverständige ausgeschlossen, daß durch die vorangegangenen Arbeiten für den – intubierten – Kläger noch selbst für irgendeinen sonstigen Hochrisikopatienten, der der Kläger nicht einmal war, eine konkrete Gefahr bestand bzw. auch nur ein Zusammenhang mit der gesundheitlichen Problematik des Klägers besteht. 63

3. 64

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 65

4. 66

Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als 60.000,00 DM. 67

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE