
Datum: 20.12.2004
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 142/04
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2004:1220.3U142.04.00

Vorinstanz: Landgericht Bochum, 6 O 35/01

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 25.02.2004 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Bochum wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht zuvor die Beklagten Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

1

2

3

Der am #####1994 geborene Kläger unterzog sich wegen häufiger antibiotikapflichtiger Infekte im Kopf-Hals-Bereich am 14.04.1999 in der Kinderklinik des X-Hospitals X einer operativen Entfernung der Rachen- und Gaumenmandeln (Adenotomie und Tonsillektomie).	
Der Beklagte zu 1), ein HNO-Facharzt, führte die Operation als Belegarzt durch. Bereits in 1997 hatte er beim Kläger eine operative Entfernung der Rachenmandeln vorgenommen. Der Beklagte zu 2) ist Oberarzt im X-Hospital und führte die Anästhesie durch. Der Beklagte zu 3) ist Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie, die Beklagte zu 4) ist Trägerin des Krankenhauses.	4
Im Anschluß an die Operation erlitt der Kläger einen hypoxischen Hirnschaden, der bei ihm erhebliche physische und psychische Beeinträchtigungen verursachte. Er hat verschiedene Behandlungsfehler der Beklagten zu 1) und zu 2) für die Entstehung des Hirnschadens verantwortlich gemacht. Das Landgericht hat die Klage nach Einholung eines HNO-fachärztlichen Gutachtens sowie eines weiteren fachanästhesiologischen Gutachtens nebst jeweils ergänzender Anhörung der Sachverständigen Dr. Y und Prof. Dr. C sowie nach mehrmaliger Vernehmung des Zeugen L und Vernehmung der Zeuginnen S und M abgewiesen. Auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil wird Bezug genommen (§ 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO).	5
Mit der Berufung rügt der Kläger eine unzureichende Sachaufklärung und Beweiswürdigung durch das Landgericht. Er macht im wesentlichen geltend:	6
Der Beklagte zu 1) habe die erforderliche Eingriffsaufklärung für seinen Fachbereich unterlassen. Bei ordnungsgemäßer Aufklärung hätten seine Eltern den Eingriff nicht vornehmen lassen. Soweit das Landgericht das Vorliegen eines Entscheidungskonflikts auf Seiten seiner Eltern verneint habe, sei die Substantiierungslast des Klägers weit überspannt worden.	7
Unmittelbar nach der Operation vom 14.04.1999 habe eine massive Nachblutung im Nasen- und Rachenraum vorgelegen und damit die Notwendigkeit eines blutstillenden Einschreitens bestanden. Der Beklagte zu 1) habe folglich sofort um 11.30 Uhr erneut operieren müssen, nicht erst ca. 50 - 55 Minuten später. Die Nachblutung im Aufwachraum und die mehrfache Sedierung hätten ihn derart geschwächt, daß sie ursächlich für die späteren Komplikationen und damit für die eingetretenen Schädigungen gewesen seien. Wegen des Behandlungsfehlers des Beklagten zu 1) und der offenkundig gewordenen Dokumentationsmängel hätte das Landgericht Beweiserleichterungen im Sinne einer Beweislastumkehr annehmen müssen.	8
Auch hinsichtlich eines Behandlungsfehlers der Beklagten zu 2) und 3) habe das Landgericht fehlerhaft keine Beweiserleichterungen zu seinen Gunsten angenommen, obwohl der Sachverständige Prof. C nach Vorlage der Gedächtnisprotokolle Dokumentationsmängel hinsichtlich des Anästhesieprotokolls festgestellt habe. Aufgrund dieser Mängel habe der Sachverständige letztlich auch nicht definitiv feststellen können, worauf die Hirnschädigung zurückzuführen sei. Das Landgericht habe es zudem fehlerhaft unterlassen der Fragestellung nachzugehen, ob das zu lange Abwarten des Beklagten zu 1) mit der operativen Blutstillung und die Beatmungsprobleme während der zweiten Operation in einem Zusammenwirken zum späteren Herz-Kreislaufstillstand geführt haben könnten.	9
Der Kläger beantragt,	10
unter Abänderung des Urteils des Landgerichts Bochum vom 25.02.2004	11

I. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 14.04.1999 zu zahlen,	12
II. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn eine angemessene monatliche Schmerzensgeldrente rückwirkend ab dem 01.02.2001 jeweils zum 3. Werktag eines Monats fällig bis zum 18.05.2012 zu zahlen,	13
III. festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche materiellen und zukünftigen immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihm aus dem operativen Eingriff vom 14.04.1999 im X-Hospital X entstehen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen.	14
Die Beklagten zu 1) - 4) beantragen,	15
die Berufung zurückzuweisen.	16
Sie verteidigen das angefochtene Urteil.	17
Der Beklagte zu 1) sieht keine Aufklärungspflichtverletzung, weil er die Mutter des Klägers ? wie üblich ? unter Verwendung eines Aufklärungsbogens über den Eingriff entsprechend informiert habe. Dieses Formblatt sei leider abhanden gekommen. Zudem habe der Kläger einen echten Entscheidungskonflikt seiner Eltern nicht dargelegt. Der Kläger habe weder einen Behandlungsfehler bewiesen noch den entsprechenden Kausalitätsnachweis erbracht. Die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr seien nicht gegeben, weil der ? hypothetisch anzunehmende ? Behandlungsfehler der um einige Minuten verspäteten Blutstillung nur als leichter Fehler zu qualifizieren sei.	18
Die Beklagten zu 2) - 4) vertreten die Auffassung, daß unter Berücksichtigung der Gedächtnisprotokolle keine Dokumentationsmängel für den Bereich der Anästhesie gegeben seien. Ein Behandlungsfehler liege nicht vor, weil der Beklagte zu 2) weder die Sauerstoffunterversorgung während der zweiten Operation zu spät entdeckt noch die Um-Intubation zu spät vorgenommen habe. Mangels Vorliegens eines Behandlungsfehlers der Beklagten zu 2) und 3) habe das Landgericht zu Recht eine kumulative Verantwortlichkeit nicht in Betracht gezogen.	19
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Behandlungsunterlagen, das Sitzungsprotokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 22.11.2004 über die ergänzende Anhörung der Sachverständigen Dr. Y und Prof. Dr. C Bezug genommen.	20
II.	21
Die Berufung bleibt ohne Erfolg.	22
Der Kläger hat keine Ansprüche auf Zahlung von Schmerzensgeldkapital und ?rente, Ersatz materieller Schäden und Feststellung der Schadensersatzpflicht der Beklagten für etwaige weitere Schäden. Solche Ansprüche bestehen weder gegenüber dem Beklagten zu 1) aus den §§ 823 Abs. 1, 847 BGB a.F. bzw. ? soweit materielle Schäden in Rede stehen ? aus Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages des Beklagten zu 1) mit der Mutter des Klägers in Verbindung mit den Grundsätzen des Vertrags mit Schutzwirkung für Dritte, noch bestehen sie gegenüber den Beklagten zu 2) und 3) aus den §§ 823 Abs. 1, 847 BGB a.F. oder	23

gegenüber der Beklagten zu 4) aus den §§ 823 Abs. 1, 831, 31, 847 BGB a.F. bzw. aus Schlechterfüllung des (gespaltenen) Krankenhausaufnahmevertrages mit der Mutter des Klägers in Verbindung mit den Grundsätzen des Vertrags mit Schutzwirkung für Dritte.

Auch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat keine Haftung der Beklagten im Zusammenhang mit der Operation des Klägers vom 14.04.1999 ergeben. In der medizinischen Beurteilung des Geschehens macht sich der Senat die Feststellungen der Sachverständigen Dr. Y und Prof. Dr. C zu eigen, die ihr jeweiliges Gutachten auch bei der Anhörung in zweiter Instanz eingehend und sachlich überzeugend begründet haben. 24

1. 25

Ein Behandlungsfehler des Beklagten zu 1) wegen zu später Vornahme der zweiten, blutstillenden Operation kann nicht festgestellt werden. 26

Nach Auswertung der Behandlungsunterlagen ? auch unter Berücksichtigung der Gedächtnisprotokolle ? ist die Sachverständige Dr. Y zu dem Ergebnis gelangt, daß der Kläger im Aufwachraum weder unzureichend noch zu spät wegen der Nachblutungen versorgt wurde. Soweit der Zeuge L sowohl in seinem Gedächtnisprotokoll als auch in der erstinstanzlichen Vernehmung eine „massive Nachblutung“ beschrieben hat, sieht die Sachverständige die Vorgehensweise des Beklagten zu 1) (zunächst abwarten, dann suprapubische Tamponade, erst danach Entscheidung für die Zweitoperation) dennoch als vertretbar an. Denn es handelt sich bei der massiven Nachblutung um einen relativen, nicht näher konkretisierbaren Begriff, so daß die weitere Vorgehensweise im Ermessen des behandelnden Arztes, des Beklagten zu 1), lag. Für dessen Entscheidung ist von erheblicher Bedeutung, daß sich der Kläger ? ausweislich der Werte für Sauerstoffsättigung und Hämoglobin ? zum Zeitpunkt der beiden Nachsichten des Beklagten zu 1) zwischen 11.15 Uhr und 11.30 Uhr nicht in einem kritischen Zustand befand. Eine sofortige Re-Intubation und operative Blutstillung war folglich nicht angezeigt. Diese Einschätzung hat der Sachverständige Prof. C bestätigt; auch er sieht das Abwarten des Beklagten zu 1) mit der Zweitoperation, die etwa gegen 12.15 Uhr durchgeführt wurde, als vertretbar an. 27

Daß in dieser Phase, d.h. zwischen der ersten und der zweiten Operation, der Wert der Sauerstoffsättigung nicht durchgehend stabil sondern kurzzeitig bis auf 74 % abgesunken war, ist nach übereinstimmender Auffassung beider Sachverständiger ohne Bedeutung. Nach den gemessenen und handschriftlich festgehaltenen Werten der Sauerstoffsättigung ist nicht von dem Vorliegen eines echten Beatmungsproblems auszugehen. Viel wahrscheinlicher ? so die Einschätzung der Sachverständigen ? handelte es sich um eine Folge der wiederholten Sedierung des Klägers; evtl. war auch das am Zeh des Klägers befestigte Pulsometer verrutscht. 28

Im Ergebnis vertreten beide Sachverständige übereinstimmend die Auffassung, daß auch dann, wenn der Beklagte zu 1) die Zweitoperation schon gegen 11.30 Uhr vorgenommen hätte, nicht festgestellt werden kann, ob dies zu einer Änderung im Geschehensablauf geführt hätte. Selbst die Frage, ob eine frühzeitigere Zweitoperation einen geringeren Blutverlust bedeutet hätte, kann letztlich nur spekulativ beantwortet werden. Insoweit sieht der Sachverständige Prof. C durchaus die Möglichkeit, daß ein erheblicher Blutverlust auch schon während der Erstoperation eingetreten sein kann, zudem ist die Blutverdünnung durch das wiederholte Sedieren zu berücksichtigen. 29

Die Sachverständigen haben weiter überzeugend begründet, daß der bis zur Zweitoperation eingetretene Blutverlust auch keine Mitursache für die später eingetretene Entwicklung 30

begründet hat, sondern das Geschehen im Aufwachraum vollkommen unabhängig für das weitere Geschehen gewesen ist. Zwar ist eine Mitursächlichkeit dann in Betracht zu ziehen, wenn der Kläger in der ersten Aufwachphase Blut in die Lungen aspiriert hätte. Für eine nennenswerte Blutaspiration gibt es aber keinen Nachweis, denn die später auf der Kinderintensivstation gefertigten Röntgenaufnahmen von den Lungen des Klägers waren insoweit unauffällig. Aus diesen Aufnahmen hätte sich aber ? wenn tatsächlich erfolgt ? zwingend ein Zeichen einer Blutaspiration ergeben müssen.

Die Sachverständigen haben mehrfach hervorgehoben, daß dem Beklagten zu 1) in dieser Phase der Behandlung weder irgendwelche Versäumnisse vorzuwerfen sind, noch relevante Dokumentationslücken bestehen. Insbesondere eine Dokumentation der unstreitig vorgenommenen Tamponadewechsel sei eher unüblich, so daß dem Beklagten zu 1) deren Nichtdokumentation auch nicht vorzuwerfen ist. 31

2. 32

Nach dem Ergebnis der Sachverständigenanhörung kann nicht festgestellt werden, daß den Beklagten zu 1) und 2) während der Zweitoperation, die in der Zeit zwischen 12.15 Uhr und 13.00 Uhr stattfand, ein Behandlungsfehler unterlaufen ist. 33

Zum Zeitpunkt der Entscheidung, die Revisionsoperation durchzuführen, befand sich der Kläger in einem für diese Umstände normalen Zustand mit stabilem Kreislauf, so daß für die Beklagten kein Anlaß zur Besorgnis bestand. 34

Aus den durchgehend gemessenen kapnometrischen und pulsoxymetrischen Werten ? für 12.15 Uhr wurde eine Sauerstoffsättigung von 94 % aufgeschrieben ? ergab sich keine Vermutung, daß schon zu dieser Zeit eine Kreislaufinstabilität vorgelegen hätte. Das Auftreten pathologischer Werte, also Werte mit einer erheblichen Abweichung vom Normalwert, hätte den Beklagten zwingend auffallen müssen, denn das akustische Warnsignal an dem Meßgerät war während der Operation eingeschaltet. Zudem verfügt das verwendete Gerät über einen Alarmton, der bei Unterschreiten eines eingegebenen Grenzwertes ertönt. Den entsprechenden Grenzwert für die Sauerstoffsättigung hatte der Beklagte zu 2) mit 90 %, den kapnometrischen Grenzwert mit 50 mm/Hg eingegeben. Für ein Unterdrücken von erheblich abweichenden Meßwerten ist hier nichts ersichtlich und wird vom Sachverständigen auch für eher unwahrscheinlich erachtet, weil die gemessenen und dokumentierten Werte hierfür keinen Anlaß geben. 35

Auf der Grundlage der zwar durchgehend gemessenen, aber nur in geringem Umfang dokumentierten Werte für die Sauerstoffsättigung des Blutes und den Kohlendioxydgehalt der Ausatemluft hat der Sachverständige Prof. C dennoch die Feststellung treffen können, daß der Beklagte zu 2) die Atemwegsokklusion des Klägers unverzüglich erkannt und mit der Um-Intubation auch richtig gehandelt hat, bevor es zu einem gravierenden Sauerstoffmangel kommen konnte. Der Sachverständige sieht es zwar als „wünschenswert“ an, wenn die kapnometrischen und pulsoxymetrischen Meßwerte im Abstand von etwa fünf Minuten ? bei guten bis optimalen Werten von etwa 10 Minuten ? dokumentiert worden wären. Er hat aber gleichzeitig klargestellt, daß der Beklagte zu 2) in der gegebenen Situation auch mit umfangreicher dokumentierten Meßwerten die gleichen Konsequenzen gezogen hätte. D.h., eine engmaschigere Dokumentation der Meßwerte hätte hier kein anderes Vorgehen ergeben. 36

3. 37

38

Der Sachverständige Prof. C hat einen (einfachen) Behandlungsfehler im Zusammenhang mit dem erneuten Verbringen des Klägers in den Aufwachraum (nach der Zweitoperation) und der dortigen Übergabe an die Ärzte der Pädiatrie bejaht.

Auch bei einem Transport über eine Strecke von nur 5 - 6 m, wie hier zwischen Operationsraum und Aufwachraum, müsse zumindest bei einem intubierten und nicht ansprechbaren Patienten, wie hier der Kläger, verlangt werden, daß die pulsoxymetrischen Werte ständig überwacht werden („Monitoring“). Der Sachverständige sieht nur hierdurch die Möglichkeit gegeben, innerhalb kürzester Zeit auf den plötzlichen Abfall pulsoxymetrischer Werte reagieren zu können, weil diese gerade bei einem Kind sehr schnell, innerhalb von 30 Sekunden, auf kritische Werte um 45 % Sauerstoffsättigung fallen können. Der zeitliche Handlungsspielraum wird durch das Monitoring zwar nur um etwa 45 Sekunden bis 60 Sekunden erweitert, es ist dabei aber zu bedenken, daß das menschliche Gehirn eine mangelhafte Sauerstoffversorgung nur etwa zwei bis drei Minuten unbeschadet übersteht.

39

Der Kläger hat jedoch nicht bewiesen, daß bei einer permanenten Überwachung der pulsoxymetrischen Werte ? und dementsprechendem Vorliegen eines „Zeitgewinns“ von 45 - 60 Sekunden ? der hypoxische Hirnschaden verhindert oder das Geschehen überhaupt in irgendeiner Weise beeinträchtigt bzw. verbessert worden wäre. Der Sachverständige betrachtet die Annahme der einen wie der anderen Möglichkeit als reine Spekulation. Er sieht es zwar nicht als wahrscheinlich an, daß der körperliche Schaden des Klägers dann verhindert worden wäre, er hält es andererseits aber auch nicht für gänzlich unwahrscheinlich.

40

Die Beweislast für die Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers trifft den Kläger, Beweiserleichterungen kann er nicht für sich in Anspruch nehmen. Der Sachverständige Prof. C hat einen groben Behandlungsfehler überzeugend verneint. Zur Begründung hat er im Senatstermin ausgeführt, daß insbesondere im Hinblick auf die nur kurze Distanz zwischen Operations- und Aufwachraum und den damit verbundenen, nur wenige Sekunden dauernden Transportzeitraum noch nicht von einem groben, schlechterdings unverständlichen Fehler gesprochen werden kann. Anders wäre die Sachlage dann zu beurteilen, wenn größere Distanzen von 20 - 30 m oder mehr für den Transport zurückzulegen gewesen wären.

41

Die Sachverständigen haben im Ergebnis kein sonstiges Versäumnis der Beklagten feststellen können, dessen Vornahme den hypoxischen Hirnschaden verhindert hätte.

42

Der Sachverständige Prof. C hat zwar in Betracht gezogen, daß hier trotz Vorliegend beidseitiger Atemgeräusche dennoch evtl. nur eine einseitige Intubation vorgelegen haben kann, wenn der Tubus im Rahmen des Transports zu tief in den Ast nur eines Lungenflügels geraten war. Diese Überlegung hat er aber als nur wenig wahrscheinlich erachtet, weil der unmittelbar vor Verlassen des Operationsraums gemessene Wert der Sauerstoffsättigung von 98 - 100 % klar gegen eine respiratorische Insuffizienz spricht. Zudem hätten in einem solchen Fall später auf den Röntgenaufnahmen der Kinderintensivstation zwingend Residuen einer Belüftungsstörung erkennbar sein müssen, was aber nicht der Fall war.

43

4.

44

Ein Aufklärungsversäumnis des Beklagten zu 1) ist ebenfalls nicht gegeben. Es liegt zwar nur der von der Mutter des Klägers unterschriebene Aufklärungsbogen vom 13.04.1999 hinsichtlich der anästhesiologischen Maßnahmen vor. Im Rahmen seiner Anhörung durch den Senat am 22.11.2004 hat der Beklagte zu 1) aber glaubhaft angegeben, daß er

45

grundsätzlich einen Tag vor einer geplanten Operation das übliche Aufklärungsgespräch führe, die Risiken ? u.a. einer Nachblutung ? einschließlich der Verhaltensmaßregeln nach der Operation bespreche und dabei auch den entsprechenden Aufklärungsbogen (HNO) aushändige. Es reicht aber regelmäßig aus, wenn derartige Gespräche nach Art und Inhalt einer ständigen und ausnahmslosen Übung entsprechen (OLG Hamm, VersR 1995, 661). Gewichtige Gründe, die im vorliegenden Einzelfall dagegen sprechen könnten, sind nicht ersichtlich. Vielmehr ergibt sich aus den Ausführungen in dem anästhesiologischen Gutachten Dr. M2 vom 03.04.2000, daß die Mutter des Klägers am 12.04.1999 mit einem Aufklärungsbogen für den Fachbereich HNO über die anstehende Operation aufgeklärt worden sei. Darin seien die typischen Risiken durch die Gefahr einer Nachblutung besonders hervorgehoben gewesen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, kann hier aber letztlich dahinstehen, ob eine umfassende Eingriffsaufklärung in diesem besonderen Fall nicht erforderlich war, weil der Beklagte zu 1) bereits 1997 bei dem Kläger eine operative Entfernung der Rachenmandeln vorgenommen hatte. Vor der damaligen Operation ist die Mutter des Klägers über die Art und Schwere des Eingriffs entsprechend aufgeklärt worden und hat ihre Einwilligung zu dem Eingriff erklärt. Nach dem Vortrag des Klägers, den seine Mutter im Rahmen ihrer Anhörung durch den Senat am 22.11.2004 bestätigt hat, hat sich damals auch gerade das aufklärungspflichtige Risiko einer Nachblutung bei ihm realisiert. Weil seine Mutter ? nach ihren eigenen Angaben ? dieses Risiko auch vor der Operation vom 14.04.1999 „im Hinterkopf“ gehabt habe, habe sie dies noch einmal ausdrücklich dem Zeugen L mitgeteilt, als dieser den Kläger für die Operation vorbereitet habe. Nach ihren Erfahrungen aus der Krankenvorgeschichte des Klägers bedurfte die Mutter des Klägers demnach wohl ohnehin keiner (erneuten) Eingriffsaufklärung. 46

Der Umstand, daß 1999 nicht nur die Rachenmandeln, sondern zusätzlich auch die Gaumenmandeln entfernt werden sollten, führt zu keinem anderen Ergebnis. Denn insoweit sind die Operationen von 1997 und 1999 nach Art, Umfang und Risiko durchaus vergleichbar. 47

Die prozessualen Nebenentscheidungen resultieren aus den §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10 und 711 ZPO. 48

Die Revision war nicht zuzulassen. Die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern nicht eine Entscheidung des Revisionsgerichts. 49

Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als 20.000,00 €. 50