
Datum: 18.04.2005
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 259/04
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2005:0418.3U259.04.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 3 O 291/01

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 02.07.2004 verkündete Urteil der 3. Zivilkammer des Landgerichts Essen 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 die Beklagten zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der am 10.05.1963 geborene Kläger wurde im März 1997 wegen zunehmender Beschwerden im rechten Arm und an der rechten Schulter arbeitsunfähig geschrieben. Nach ambulanten und stationären Untersuchungen im Q-Stift und in der Uni-Klinik F2 wurde beim

1

2

3

Kläger im Oktober 1997 in der Orthopädischen Uni-Klinik F2 ein sog. Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS) – ein neurovaskuläres Kompressionssyndrom im Bereich der oberen Thoraxapertur – diagnostiziert. Konkret litt der Kläger an einer Enge zwischen rechtem Schlüsselbein und Brustkorb mit Druck auf die Schlagader, die zu Gefühls- und Koordinationsstörungen an der rechten Hand und am rechten Arm führte.

Am 04.12.1997 wurde der Kläger in der Klinik der Beklagten zu 1) aufgenommen und unterzeichnete dort eine entsprechende Einverständniserklärung zu Behandlungsmaßnahmen. 4

In der Operation vom 08.12.1997, die der vom Krankenhaus hinzugezogene Beklagte zu 2) durchführte, wurde eine transaxilläre Resektion der ersten Rippe rechts durchgeführt, d.h. zum Zwecke der Erweiterung der Enge entfernte der Beklagte zu 2) die erste Rippe rechts bis auf einen Stumpf von etwa 1,5 bis 2,0 cm. 5

Im Anschluss an die Operation gab der Kläger ein Taubheitsgefühl und eine Streckschwäche der Finger an. Im März/April 1998 nahm er an einer Reha-Maßnahme teil. Zwischenzeitlich bezieht der Kläger eine Berufsunfähigkeitsrente. 6

Der Kläger hat die Beklagten wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung im Krankenhaus F2, die zu einer Unterarm-Plexus-Lähmung und einer Versteifung der rechten Schulter geführt habe, auf Zahlung von immateriellem und Feststellung von materiellem Schadensersatz in Anspruch genommen. 7

Das Landgericht hat nach Einholung eines schriftlichen chirurgischen Gutachtens nebst ergänzender schriftlicher Stellungnahmen und ergänzender Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. F die Klage abgewiesen. Auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil wird gemäß § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO Bezug genommen. 8

Gegen dieses Urteil wendet sich der Kläger mit der Berufung und macht im Wesentlichen geltend: 9

Das Landgericht habe fehlerhaft die Kausalität zwischen dem festgestellten Behandlungsfehler (nur unvollständig entfernte erste Rippe) und der Armplexusparese verneint. Hierfür spreche bereits ein Anscheinsbeweis, weil vor der Operation keine neurologischen Ausfallerscheinungen vorhanden gewesen seien, jedoch noch am Tage der Operation deutliche Ausfälle aufgetreten seien. Wenn nicht durch die unvollständige Entfernung der Rippe könne die Plexusschädigung nur noch durch eine Vernarbung des Nervenstranges – die der Sachverständige bereits ausgeschlossen habe -, durch eine intraoperative Überstreckung im Schultergelenk oder durch zu stark ausgeübten Hakendruck während der Operationsphase verursacht worden sein. Für sämtliche Möglichkeiten bestehe die Haftung der Beklagten. Der Kläger sei vor der Operation unzureichend aufgeklärt worden. Auf die Gefahr einer Lähmung an Hand und Arm sei er nicht hingewiesen worden. Das Aufklärungsprotokoll habe er in der vorgelegten Form nicht unterzeichnet, es müsse bei der Beklagten nachträglich verändert worden sein. Die Einverständniserklärung vom 04.12.1997 sei auch deshalb nicht wirksam, weil der Kläger nicht darüber aufgeklärt worden sei, dass der Beklagte zu 2) die Operation durchführen werde. Dieser sei nicht bei der Beklagten zu 1) beschäftigt, sondern als niedergelassener Gefäßchirurg tätig. Der Kläger habe sich aber in die fachchirurgische Behandlung bei der Beklagten zu 1) begeben, mit einer Behandlung durch einen nicht bei der Beklagten zu 1) beschäftigten Operateur hätte er sich nicht einverstanden erklärt. Hinsichtlich der postoperativen Behandlung sei der Kläger falsch und unvollständig angeleitet worden. Ihm sei nicht angeraten worden, unbedingt 10

Krankengymnastik durchzuführen. Er habe sich lediglich bei seinem Hausarzt vorstellen und nach sechs Wochen zu einer Nachuntersuchung erscheinen sollen.

Der Kläger beantragt, 11

unter Abänderung des angefochtenen Urteils 12

1. 13

die Beklagten zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 5 % Zinsen 14
über dem jeweiligen Basiszinssatz der EZB seit Klagezustellung zu zahlen,

2. 15

festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, ihm allen materiellen Schaden zu ersetzen 16
der ihm aus dem Vorfall vom 08.12.1997 im Krankenhaus der Beklagten zu 1) entstanden ist
und entstehen wird, soweit dieser nicht auf Sozialversicherungsträger übergegangen ist.

Die Beklagten beantragen, 17

die Berufung zurückzuweisen. 18

Die Beklagten verteidigen das angefochtene Urteil und machen im Wesentlichen geltend: 19

Der Kläger sei am 04.12.1997 mit einem dreifachen Beschwerdebild bei der Beklagten zu 1) 20
erschienen. Der Befund der klinischen Erstuntersuchung habe die ganz eindeutige Diagnose
eines TOS ergeben, so dass Dr. Q auch schon an diesem Tag die Erstaufklärung habe
vornehmen können. Nach der klinischen Erstuntersuchung und Diagnosestellung hätten sich
die Ärzte der Beklagten zu 1) in Abstimmung mit dem Kläger entschlossen, einen
Spezialisten – den Beklagten zu 2) – mit der Operation zu betrauen. Der Beklagte zu 2) habe
den Kläger am 05.12.1997 untersucht und ihn über Art und Weise der Operation sowie deren
Risiken aufgeklärt. Entgegen der Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. F entspreche
die Operation dem internationalen ärztlichen Standard. In Teilen der medizinischen
Fachliteratur werde empfohlen, die erste Rippe so weit wie möglich nach dorsal zu entfernen,
ohne diese dorsal zu exartikulieren. Der Beklagte zu 2) habe die dorsale Seite der ersten
Rippe soweit entfernt, daß der Plexus brachialis vollkommen freigelegt habe und es nicht
zu ungewollten Irritationen des Plexus durch Knochenreste habe kommen können. Die vom
Sachverständigen favorisierte vollständige Exartikulation des dorsalen Rippenanteils biete
demgegenüber die Gefahr der Verletzung von Nervenzweigen durch die schneidende
Beinzange. Die vom Kläger angegebenen postoperativen neurologischen Beschwerden seien
zum einen Ausdruck einer Neuropraxie, zum anderen eine Vernarbung und Einmauerung des
Nervenstranges. Der Beklagte zu 2) persönlich habe den Kläger über die Wichtigkeit von
Übungen zur Vorbeugung von Narbengewebsbildung um den Nervenstrang informiert. Am
ersten postoperativen Tag habe er dem Kläger geraten, mit dosierten Bewegungen zu
beginnen und habe gemeinsam mit ihm die ersten Übungen durchgeführt. Eventuelle aktuelle
Beschwerden des Klägers seien auf dessen Grundleiden zurückzuführen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die 21
gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Behandlungsunterlagen, das
Sitzungsprotokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 18.04.2005
über die ergänzende Anhörung des Klägers, des Beklagten zu 2) und des Sachverständigen
Prof. Dr. F Bezug genommen.

Die Berufung bleibt ohne Erfolg.	23
Der Kläger hat weder gegen die Beklagte zu 1) Ansprüche auf Zahlung von Schmerzensgeld und Feststellung der Ersatzpflicht für etwaige weitere materielle Schäden gem. den §§ 823 Abs. 1, 831, 847 a. F. BGB oder – soweit materielle Schäden in Rede stehen – aus Schlechterfüllung des (totalen) Krankenhausaufnahmevertrags i. V. m. § 278 BGB, noch stehen ihm gegen den Beklagten zu 2) solche Ansprüche aus den §§ 823 Abs. 1, 847 a. F. BGB zu.	24
Insoweit wird zur Vermeidung von Wiederholungen zunächst auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung verwiesen. In der medizinischen Beurteilung des Behandlungsgeschehens macht sich der Senat die Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. F zu Eigen, der das Gutachten auch bei seiner Anhörung in zweiter Instanz eingehend und sachlich überzeugend begründet hat.	25
1.	26
Der Kläger kann sich zur Begründung seiner Schadensersatzansprüche nicht mit Erfolg darauf berufen, daß die von ihm geltend gemachten Beschwerden durch eine fehlerhafte ärztliche Behandlung im Krankenhaus der Beklagten zu 1) verursacht worden wären.	27
Nach den sachlich fundierten Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. F steht zur Überzeugung des Senats allerdings fest, daß das Zurücklassen von etwa 1,5 bis 2,0 cm des dorsalen Anteils der ersten Rippe nicht dem zu fordernden (fach-) ärztlichen Standard entsprochen hat und damit als behandlungsfehlerhaft anzusehen ist.	28
Der Sachverständige hat plausibel dargestellt, daß bei der hier vorgenommenen Resektion der ersten Rippe nur zwei Operationsmethoden in Betracht zu ziehen waren: die von ihm favorisierte vollständige Exartikulation des dorsalen Rippenanteils oder die Teilresektion der ersten Rippe unter Zurücklassen von weniger als 1,0 cm des dorsalen Rippenanteils.	29
Bei der vom Beklagten zu 2) angewandten Operationsmethode, etwa 1,5 bis 2,0 cm des dorsalen Rippenanteils zurück zu lassen, besteht nach den Ausführungen des Sachverständigen das Risiko, daß der Nervenstrang des Plexus brachialis mit der Restrippe in Kontakt gerät und verletzt wird. Zudem besteht das weitere Risiko eines schnellen Nachwachsens von Rippenanteilen (Rezidiv). Darüber hinaus kann es bei der den restlichen Rippenknochen umgebenden bindegewebigen Haut (Periost) zu einer Wucherung kommen.	30
Auch die vom Sachverständigen herangezogenen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie weisen darauf hin, daß nur eine Komplettentfernung der ersten Rippe zur erfolgreichen Behandlung des TOS führen kann. Zwar sind diese Richtlinien erst Anfang 1998 veröffentlicht worden, doch war nach den Ausführungen des Sachverständigen der in ihnen wiedergegebene Erkenntnisstand schon zum Operationszeitpunkt (08.12.1997) der Wegweiser für den medizinischen Standard.	31
Die vom Beklagten zu 2) angewandte und in zurückliegender Zeit auch (noch) anerkannte Methode der Teilresektion mit einem Rippenstumpf von 1,5 bis 2,0 cm widersprach damit zum Operationszeitpunkt eindeutig medizinischen Erkenntnissen und war überholt und deshalb behandlungsfehlerhaft.	32

Es kann aber nicht festgestellt werden, daß die behandlungsfehlerhafte Teilresektion für die von dem Kläger geltend gemachten Beschwerden ursächlich geworden ist.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen sind für die Nervschädigung mehrere Ursachen denkbar, die nicht auf Fehlern bei der Operation beruhen müssen. So kommen als weitere denkbare, letztlich aber genau so wenig mit der erforderlichen Sicherheit nachweisbare Ursachen für die Plexusschädigung auch eine intraoperative Überstreckung im Schultergelenk, ein lokal zu stark ausgeübter Hakendruck während der Operationsphase, oder eine direkte Einwirkung mit der Knochenzange in Betracht. Diese möglichen Ursachen indizieren jedoch nicht ein entsprechendes Fehlverhalten des behandelnden Arztes. Denn diese Möglichkeiten einer Plexusschädigung sind im Rahmen einer Resektion der ersten Rippe selbst dann nicht auszuschließen, wenn der Operateur jeweils mit der größtmöglichen Sorgfalt vorgegangen ist. Dementsprechend lässt sich – entgegen der Ansicht des Klägers – allein aus der Verletzung des nervus medianus bzw. nervus ulnaris auch kein Anscheinsbeweis zugunsten des Klägers dafür gewinnen, dass die Läsion auf einem ärztlichen Fehler bei der Operation beruht.

34

Beweiserleichterungen kommen dem Kläger nicht zugute, da die hier vorliegende behandlungsfehlerhafte Teilresektion nicht die Annahme eines groben – zur Umkehr der Beweislast führenden – Fehlers rechtfertigt.

35

Der Sachverständige Prof. Dr. F, dessen fundierter und abgewogener Bewertung sich der Senat auch insoweit anschließt, hat dazu ausgeführt, dass es sich nicht um einen so schwerwiegenden Fehler handelt, weil das Verhalten des Beklagten zu 2) unter Berücksichtigung der in der medizinischen Fachliteratur voneinander abweichenden Ansätze des operativen Vorgehens nicht als schlechthin unverständlich anzusehen sei.

36

2.

37

Weitere Behandlungsfehler des Beklagten zu 2) oder der den Kläger versorgenden Ärzte im Krankenhaus F2 und daraus resultierende gesundheitliche Beeinträchtigungen hat der Kläger nicht bewiesen. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen ist der unstreitige Pneumothorax nicht auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen, sondern schicksalhaft bedingt. Ein Pneumothorax, der in 60 % aller Resektionen der ersten Rippe auftritt, kann auch bei größter ärztlicher Sorgfalt nicht immer verhindert werden. Bereits das Loslösen der ersten Rippe vom Lungenfell könne trotz größter Vorsicht schon zu dieser Folge führen.

38

3.

39

Schadensersatzansprüche stehen dem Kläger auch nicht wegen einer Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht zu.

40

Die Einwilligungserklärung vom 04.12.1997 in die Teilentfernung der ersten rechten Rippe vom 08.12.1997 ist wirksam und nicht zu beanstanden.

41

Im Ausgangspunkt ist zwischen den Parteien unstreitig, dass ein Mitarbeiter der Beklagten zu 1), Dr. Q, dem Kläger am 04.12.1997 eine "Einverständniserklärung zu Behandlungsmaßnahmen und Protokoll über das Aufklärungsgespräch" ausgehändigt hat und dieser die Einverständniserklärung nach einem Aufklärungsgespräch am selben Tage unterzeichnet hat. Die Eingriffsaufklärung verlangt die Vermittlung einer allgemeinen Vorstellung von der Art und Schwere des Eingriffs, den damit verbundenen Belastungen und

42

Risiken, denen der Kläger ausgesetzt wurde. Diese Voraussetzungen werden durch die Einverständniserklärung und das unstreitig geführte Aufklärungsgespräch vom 04.12.1997 erfüllt. Insbesondere die handschriftlichen Eintragungen unter Ziff. 9) der Einverständniserklärung nennen ausdrücklich eine "Schwäche/Lähmung an Hand/Arm".

Der Kläger kann sich nicht mit Erfolg darauf berufen, der handschriftliche Text dieser Einverständniserklärung sei nach seiner Unterschriftsleistung bei der Beklagten durch eine Ergänzung manipuliert worden. Unstreitig enthielt die Einverständniserklärung die handschriftlichen Eintragungen bis einschließlich Ziff. 6, als der Kläger sie unterzeichnete. Damit steht außer Frage, dass er in jedem Fall über das insoweit bestehende Risiko einer "Gefühls- bzw. Durchblutungsstörung an Arm/Hand" informiert war, was ihm auch ergänzend mündlich erläutert wurde. Die Eintragungen ab Ziff. 7) der Einverständniserklärung beziehen sich u.a. auf die "Schwäche/Lähmung an Hand/Arm". Insoweit hat aber die Einverständniserklärung als echte Privaturkunde die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit für sich (§§ 440 Abs. 2, 416 ZPO). Weil die Echtheit der Unterschrift des Klägers feststeht, hat also der über der Unterschrift stehende Text die Vermutung der Echtheit für sich. Der Kläger hat demnach die behauptete Urkundenfälschung zu beweisen. Bei seiner Anhörung durch den Senat hat er aber seine ursprüngliche, sichere Behauptung einer Manipulation erheblich abgeschwächt, indem er sich nun nicht mehr sicher festlegen wollte, dass der handschriftliche Text der Einverständniserklärung nachträglich ergänzt worden sei.

Zudem ist sein Vorwurf der Manipulation schon deshalb nicht erheblich, weil sich nach dem äußeren Eindruck der (Original-)Urkunde keine Anzeichen für eine nachträgliche, nicht durch die Unterschrift des Klägers gedeckte Eintragung ergeben haben. Weder sind die Eintragungen ab Ziff. 7) mit andersfarbigem Stift noch mit einer von den vor Ziff. 7) stehenden Eintragungen abweichenden Handschrift erfolgt.

Schließlich hat der Senat unabhängig hiervon aufgrund des Prozessvortrags der Beklagten und der Anhörung des Beklagten zu 2) – der glaubhaft angegeben hat, dass er den Kläger selbst nochmals über die Risiken, auch gerade einer Plexusschädigung, aufgeklärt hat - die Überzeugung gewonnen, dass sowohl Dr. Q als auch der Beklagte zu 2) vor der Operation vom 08.12.1997 mit dem Kläger über dieses Risiko des Eingriffs gesprochen haben und er danach mit dem operativen Eingriff einverstanden war. Selbst wenn die vom Kläger behauptete Manipulation tatsächlich vorliegen sollte, würde sie folglich nur das widerspiegeln, was ihm vor der Operation bereits mündlich erklärt worden war. Von diesem – jedenfalls mündlich erklärten – Einverständnis war dann die Teilentfernung der ersten rechten Rippe gedeckt, so dass es im Ergebnis auf die Behauptung der Berufung, die Einverständniserklärung sei nachträglich manipuliert worden, nicht mehr ankommt.

4.

Auch die postoperative (therapeutische) Aufklärung seitens der Beklagten ist nicht zu beanstanden. Nach den Ausführungen des Sachverständigen hat der Kläger mit der Anleitung, seinen Arm mit bestimmten Übungen zu mobilisieren, sich bei seinem Hausarzt vorzustellen und nach 6 Wochen zu einer Nachuntersuchung zu erscheinen, vollständig und sachgerecht diejenigen Informationen erhalten, die er brauchte, um den Behandlungserfolg zu sichern. Es findet in den ersten 6 Wochen nach der Operation ausdrücklich keine Bewegungstherapie statt, sondern der Patient muss sich in dieser Zeit zunächst eigenständig bewegen. Dem entsprechen auch die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, die ausdrücklich zu einer postoperativen Schonung des betroffenen Armes für wenigstens 6 Wochen rät.

43

44

45

46

47

48

Der Kläger ist auch vor der Operation vom 08.12.1997 darüber informiert worden, dass der Beklagte zu 2) diese durchführen wird. Nach der Anhörung des Beklagten zu 2) hat der Senat die Überzeugung gewonnen, dass dem Kläger in einem Gespräch mit Dr. Q2, einem Mitarbeiter der Beklagten zu 1), der Beklagte zu 2) in Person vorgestellt und ihm dabei erläutert worden ist, dass dieser zwar nicht im Krankenhaus der Beklagten zu 1) beschäftigt sei, aber wegen seiner großen Erfahrung die geplante Resektion der ersten Rippe – eine technisch sehr schwierige Operation – durchführen werde. Die Richtigkeit der dementsprechenden Angaben des Beklagten zu 2) wird dadurch bestätigt, dass bereits in den Unterlagen der stationären Aufnahme bei der Beklagten zu 1) vermerkt ist, dass die "Operation zusammen mit Dr. O – dem Beklagten zu 2) – am 08.12.1997 durchgeführt wird. Eine weitergehende Aufklärung des Klägers über die Person des Operators war jedenfalls nicht geboten. Es kann daher dahinstehen, dass der Kläger nach Ansicht des Senats über die Person des Operators nicht besonders aufgeklärt werden musste, da die Behandlung durch einen bestimmten Arzt nicht vereinbart war.

49

Die prozessualen Nebenentscheidungen resultieren aus §§ 97, 708 Nr. 10, 711 ZPO.

50

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

51

Die Beschwer des Klägers übersteigt 20.000,00 €.

52