
Datum: 22.06.2005
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 308/04
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2005:0622.3U308.04.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 11 O 1109/03

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 28. Oktober 2004 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster 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.

1

2

Der am #####1977 geborene Kläger erlitt am 1.8.1997 beim Fußball eine Schienbeinfraktur rechts und wurde noch an diesem Tag in der Klinik der Beklagten zu 1) aufgenommen. Der Beklagte zu 2), der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung, Allgemein- und Unfallchirurgie der Beklagten zu 1) ist, nahm noch am 1.8.1997 eine Operation der Schienbeinfraktur mittels Marknagelung vor. 3

Für Samstag, den 2.8.1997, ist dokumentiert: „ges U-Schenkel geschwollen ... leichte Hyposens.“ 4

Am Sonntag, den 3.8.1997, dokumentierte der Beklagte zu 3) als diensthabender Stationsarzt: „Verdacht auf Kompartmentsyndrom, Bettruhe laut Dr. S <Beklagter zu 2)>“. 5

Für Montag, den 4.8.1997, ist dokumentiert: „Hyposens. vor allem Dig I-II, massive Schwellung“. Daraufhin entschlossen sich die Beklagten zu 2) und 3) zur Operation des Klägers. Die Operationsdiagnose lautete: „Kompartment-Syndrom re. Unterschenkel bei Zustand nach osteosynthetischer Versorgung einer Tibiakopffraktur mittels eines Verriegelungsnagels“. Die Beklagten zu 2) und 3) nahmen eine Fasziotomie des rechten Unterschenkels vor. Wegen der Einzelheiten wird auf den Operationsbericht vom 4.8.1997 in den Originalbehandlungsunterlagen verwiesen. Am 29.8.1997 wurde der Kläger aus der stationären Behandlung entlassen. 6

Im September und Oktober 1997 wurde der Kläger zweimal stationär zur Nekroseabtragung in der Klinik der Beklagten zu 1) aufgenommen (16.9. bis 30.9.1997 und 8.10. bis 29.10.1997). Während einer stationären Behandlung vom 15.7. bis 18.7.1998 wurden die Metallstäbe des am 1.8.1997 eingesetzten Tibianagels entfernt. 7

Der Kläger hat geltend gemacht, die Fasziotomie vom 4.8.1997 sei verspätet erfolgt und fehlerhaft durchgeführt worden. Als Folge davon habe er eine dauernde Lähmung des Nervus peroneus erlitten. 8

Die Gutachterkommission stellte durch Bescheid vom 28.6.1999 im Ergebnis einen ärztlichen Behandlungsfehler fest: das Kompartmentsyndrom hätte spätestens am 3.8.1997 operiert werden müssen; bei der Fasziotomie am 4.8.1997 seien außerdem nur zwei anstelle von vier Muskelloggen gespalten worden. Wegen der Einzelheiten wird auf den Bescheid vom 28.6.1999 (Bl. 15 ff d.A.) und die Einzelgutachten des Erstgutachters Prof. Dr. X (Bl. 157 ff d.A.), des Zweitgutachters Dr. M (Bl. 165 ff d.A.) und des Drittgutachters Prof. Dr. X2 (Bl. 19 ff d.A.) Bezug genommen. Später zahlte der Haftpflichtversicherer der Beklagten daraufhin 25.000,- DM ohne Zahlungsbestimmung an den Kläger. 9

Der Kläger hat ein weiteres Schmerzensgeldkapital verlangt, ferner Verdienstausschlag für die Zeit von August 1997 bis April 2003 (41.894,74 €), Erstattung von Fahrtkosten zu Behandlungsterminen (255,24 €) und Ersatz von Eigenanteilen an Behandlungskosten (342,82 €). 10

Der Kläger hat beantragt, 11

1. 12

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein der Höhe in das Ermessen des Gerichts weiteres Schmerzensgeld, mindestens jedoch 7.217,- €, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 1.4.2000 zu zahlen, 13

2. 14

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 42.492,80 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 38.157,41 € seit dem 1.4.2000 sowie aus weiteren 4.335,39 € seit dem 21.11.2003 zu zahlen,	15
3.	16
festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm allen materiellen und immateriellen Zukunftsschaden aus Anlass der Behandlung im August 1997 zu ersetzen, soweit ein öffentlich-rechtlicher Forderungsübergang nicht stattfindet.	17
Das Landgericht hat die Klage nach Einholung eines Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. F und ergänzender Anhörung des Sachverständigen abgewiesen. Auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil wird Bezug genommen (§ 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO).	18
Mit der Berufungsbegründung trägt der Kläger im Wesentlichen vor: Bereits am 2.8.1997 hätten Symptome eines Kompartmentsyndroms vorgelegen. Eine notfallmäßige Dekompression durch Faszienspaltung sei indiziert gewesen. Zuwarten sei als grober Behandlungsfehler zu werten. Bei einer Operation am 2.8. oder jedenfalls am 3.8.1997 hätte er weit geringere Schäden davongetragen. Die am erst 4.8.1997 vorgenommene Operation des Kompartmentsyndroms sei auch fehlerhaft erfolgt, denn es seien lediglich zwei Kompartments gespalten worden.	19
Der Kläger beantragt,	20
das am 28.10.2004 verkündete Urteil des Landgerichts Münster (11 O 1109/03) abzuändern und nach seinen (Bl. 277, 2 GA) erstinstanzlichen Anträgen zu erkennen.	21
Die Beklagten beantragen,	22
die Berufung zurückzuweisen	23
Sie machen im Wesentlichen geltend: Die Operation vom 4.8.1997 sei nicht verspätet erfolgt. Die vom Kläger zuvor geklagten Schmerzen stünden in Einklang mit der erlittenen Unterschenkelfraktur und seien nicht wegweisend für ein Kompartmentsyndrom. Am 4.8.1997 seien alle vier Kompartments gespalten worden. Im Übrigen komme es nicht darauf an, ob nur zwei Kompartments gespalten worden seien.	24
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. Juni 2005 über die Anhörung des Klägers und der Beklagten zu 2) und 3) sowie die ergänzende Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. F2 Bezug genommen.	25
II.	26
Die Berufung bleibt ohne Erfolg.	27
Der Kläger hat gegen die Beklagten keine Ansprüche auf Schmerzensgeldkapital, Ersatz materieller Schäden und Feststellung der Schadensersatzpflicht der Beklagten für etwaige weitere Schäden aus §§ 823 Abs. 1, 831, 31 BGB i. V. mit § 847 BGB a.F. oder – soweit materielle Schäden in Rede stehen – aus Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages mit der Beklagten zu 1) i.V. mit § 278 BGB. Auch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat die vom Kläger behaupteten Behandlungsfehler nicht ergeben. In der	28

medizinischen Beurteilung des Geschehens macht sich der Senat die Feststellungen des auch dem Senat als sehr erfahren und kenntnisreich bekannten Sachverständigen Prof. Dr. F zu Eigen, der sein Gutachten in zweiter Instanz erneut eingehend und überzeugend begründet hat.

1. 29

Es war nicht fehlerhaft, dass die Beklagten zu 2) und 3) den Kläger wegen des Verdachts auf ein Kompartmentsyndrom nicht bereits am 2.8.1997 oder 3.8.1997 operierten, sondern erst am 4.8.1997. 30

a) 31

Das am 1.8.1997 vom Kläger erlittene Primärtrauma war ein glatter Bruch und gab - ebenso wie die vom Beklagten zu 2) lege artis vorgenommene Unterschenkelnagelung - nach den Feststellungen des Sachverständigen keinen Hinweis auf ein Kompartmentsyndrom. Am 2.8.1997 bestand kein Verdacht auf ein Kompartmentsyndrom. Dafür gibt es keinerlei Anhaltspunkte. Der Sachverständige Prof. Dr. F2 hat festgestellt, dass eine gewisse, bis mittelgradige Schwellung des Unterschenkels normal sei. Auch die Gutachterkommission hat - insoweit einhellig - angenommen, dass am 2.8.1997 kein Hinweis auf ein Kompartmentsyndrom bestanden habe. 32

b) 33

Am Sonntag, den 3.8.1997, dokumentierte der Beklagte zu 3): „Verdacht auf Kompartmentsyndrom“. Der Beklagte zu 2), der an diesem Sonntag in der Klinik Hintergrunddienst hatte, ordnete Kühlung und Bettruhe an. Ferner ordnete der Beklagte zu 2) an, dass der Beklagte zu 3) den Kläger weiter kontrollieren solle. Das hat der Beklagte zu 3) im Senatstermin glaubhaft erklärt. Daraufhin kontrollierte der Beklagte zu 3) den Kläger wiederholt. Es gibt keinen greifbaren Anhaltspunkt, dass der Beklagte zu 3) als Arzt in Facharztausbildung eine Anordnung seines Chefarztes nicht befolgt haben sollte. Der Beklagte zu 3) hat ferner erklärt, er habe den Kläger auch auf Hyposensibilität geprüft. Auch das ist glaubhaft, denn Hyposensibilität im Bereich der ersten und zweiten Zehe ist Montag, den 4.8.1997 dokumentiert. Es leuchtet nicht ein, dass der Beklagte zu 3) dieses Symptom nicht bereits am Sonntag, den 3.8.1997, dokumentiert haben sollte, wenn es aufgetreten wäre. Für die Richtigkeit der Darstellung des Beklagten zu 3) sprechen insbesondere die eigenen Angaben des Klägers. Der Kläger hat bereits bei seiner Untersuchung durch den Sachverständigen geäußert, dass „mehrfach der Arzt gekommen“ sei (Bl. 198 d.A.). Das hat der Kläger bei seiner Anhörung in erster Instanz wiederholt: Er „meine schon“, dass der Beklagte zu 3) „schon mehrfach am Sonntagabend“ bei ihm gewesen sei (Bl. 279 d.A.). Im Senatstermin hat der Kläger ebenfalls erklärt, auf sein Klingeln sei ein Arzt „etliche Male da“ gewesen. Ferner konnte sich der Kläger erinnern, dass sein Bein am Sonntag - wie er es formulierte - vom Arzt „angekuckt“ und auch „angepackt“ worden sei. Der Umfang dieser Untersuchungen sei - in den Worten des Klägers - zwar „nicht großartig“ gewesen. Der Sachverständige hat dazu jedoch ausgeführt, dass die ärztliche Sensibilitätsprüfung ein Routinehandgriff sei, den der Patient nicht mitbekommen müsse; bereits dadurch wisse der Arzt jedoch über die Durchblutung Bescheid. Vor diesem Hintergrund sind keine Folgen zu Lasten der Beklagten daraus herzuleiten, dass der Beklagte zu 3) die weiteren Kontrollen am 3.8.1997 nicht dokumentiert hat. Denn jedenfalls steht nach dem Ergebnis der Ergebnis der Beweisaufnahme zur Überzeugung des Senats fest, dass der Beklagte zu 3) solche Kontrollen auf Anordnung des Beklagten zu 2) vorgenommen hat. Es ist der Behandlungsseite im Streitfall gelungen, die Vermutung zu widerlegen, dass dokumentationspflichtige Maßnahmen 34

unterblieben sind.

Angesichts dessen kann dahin stehen, ob die vom Beklagten zu 3) vorgenommenen Kontrollen überhaupt dokumentationspflichtig waren. Der Sachverständige hat hierzu geäußert, dies sei zwar wünschenswert, stoße in der Routine des Klinikalltages aber an Grenzen. Er beanstande dies lediglich „ein wenig“, denn bei einem Verdacht auf Kompartmentsyndrom sollte die Zehenbeweglichkeit dokumentiert werden. Wenn ein Arzt jedoch - wie hier der Beklagten zu 3) - den Verdacht auf Kompartmentsyndrom dokumentiere, sei auch dies ein Zeichen dafür, dass der Arzt auch die Sensibilität geprüft habe. 35

c) 36

Angesichts des oben festgestellten Sachverhaltes ist den Beklagten zu 2) und 3) nicht anzulasten, eine Fasziotomie nicht bereits am 3.8.1997 vorgenommen zu haben. Mit dem Sachverständigen sind im Senatstermin medizinische Literaturlauffassungen erörtert worden, wonach schon beim geringsten Verdacht auf Kompartmentsyndrom zu operieren sei; die Gefahr einer Übertherapie sei dabei zu vernachlässigen. Wie der Sachverständige erläutert hat, gibt es in der Medizin indes unterschiedliche Auffassungen, wann bei einem Verdacht auf Kompartmentsyndrom zu operieren sei. Auf die Existenz dieser unterschiedlichen Ansätze weisen bereits die Gutachten der Gutachterkommission hin, denn auch der Erstgutachter sah eine abwartende Haltung als angezeigt an (Bl. 162f d.A.). Es sei, wie der Sachverständige im Senatstermin weiter erläutert hat, nicht richtig, dass die Folgen einer Fasziotomie, die sich als vergeblich herausstelle, zu vernachlässigen seien. Neben dem Morbiditätsrisiko nach Fasziotomie, welches in einer vom Sachverständigen angeführten niederländischen Studie aus dem Jahr 2003 untersucht worden ist, hat der Arzt sich auch das Nekrose- und Infektionsrisiko zu vergegenwärtigen. Angesichts dessen sei, wie der Sachverständige anschaulich beschrieben hat, eine medizinisch sehr schwierige Abwägungsentscheidung, wann der Arzt bei Verdacht auf Kompartmentsyndrom eine Fasziotomie vornehme. Die Auffassung des Sachverständigen leuchtet ein, denn auch die großzügige Indikation zur Faszien-spaltung kann möglicherweise schwerwiegende Komplikationen haben. Die eher praktisch orientierte Auffassung sei nach den Feststellungen des Sachverständigen zurückhaltend. Die Entscheidung wird noch dadurch erschwert, dass keine verlässlichen Umstände vorhanden seien, die man abarbeiten könne. Eine Druckmessung, die mangels apparativer Ausstattung in der Klinik der Beklagten zu 1) nicht möglich war, sei nicht verlässlich, weil der Arzt nicht wisse, ob er an der richtigen Stelle gemessen habe. Ein Dehnungstest, den der Beklagte zu 3) möglicherweise nicht gemacht habe, sei jedenfalls kein Standard. Der Sachverständige hat weitere Kontrollen als geboten erachtet. Auch der Zweitgutachter der Gutachterkommission hat bei einer abwartenden Haltung mehrmalige Kontrollen über den Tag hinweg verlangt (Bl. 168 d.A.). Diese Kontrollen sind jedoch, wie oben festgestellt, vom Beklagten zu 3) auch durchgeführt worden. Die Formulierung im schriftlichen Gutachten des Sachverständigen, es sei zu bemängeln, dass im weiteren Verlauf keine regelmäßigen klinischen und apparativen diagnostischen Maßnahmen vorgenommen worden seien (Bl. 226 d.A), ist angesichts dessen geklärt. Auch der Sachverständige hat im Senatstermin festgestellt, aus ex-ante Sicht sei nicht zu beanstanden, dass der Kläger zu wenig kontrolliert worden sei. Damit ist den Beklagten zu 2) und 3) nicht anzulasten, den Verdacht des Kompartmentsyndroms nicht weiter abgeklärt zu haben. 37

Der Antrag der Klägerseite, ein weiteres Gutachten zu den vom Sachverständigen beschriebenen unterschiedlichen Auffassungen in der Medizin über die Vorgehensweise bei Verdacht auf Kompartmentsyndrom einzuholen, führt nicht weiter. Das von Prof. Dr. F 38

erstattete Gutachten ist nicht zu beanstanden (§ 412 ZPO). Unabhängig davon, ob ein anderer Gutachter möglicherweise eine großzügigere medizinische Indikation zur Faszienpaltung stellen würde, bliebe stets die vom Sachverständigen beschriebene, praktisch geprägte, zurückhaltende Position bestehen, auf deren Grundlage den Beklagten zu 2) und 3) kein Behandlungsfehler anzulasten ist.

2. 39

Die Operation vom 4.8.1997 ist auch nicht fehlerhaft vorgenommen worden. Der Kläger macht geltend, dass im Rahmen einer Fasziotomie stets alle vier Muskellogen zu eröffnen seien; aus dem Operationsbericht vom 4.8.1997 lasse sich aber nur die Eröffnung von zwei Muskellogen entnehmen, denn dort sei nur von der „dorsalen Muskelloge“ und der „tibialis anterior-Loge“ die Rede; die laterale Muskelloge und die dorsale tiefe Loge seien nicht erwähnt. Nach den Feststellungen des Sachverständigen ist der Operationsbericht in der Tat nicht eindeutig. Ein im Senatstermin erörterter, objektiver Umstand spricht aber bereits dafür, dass alle vier Muskellogen eröffnet worden sind. Der Sachverständige hat die Unterschenkel-Narben des Klägers in Augenschein genommen und festgestellt, dass bei der Operation am 4.8.1997 von innen und außen geschnitten worden sei. Über den Außenschnitt erreiche man drei der Muskellogen. Für die vierte, nämlich die tief liegende Loge, benötige man den Schnitt von innen, weil die tief liegende Loge von außen schwer zu erreichen sei. Unabhängig davon sei es nach den Feststellungen des Sachverständigen hier auch nicht geboten gewesen, alle vier Faszien zu öffnen. Die US-amerikanische Medizin bevorzuge die „kleine“ Fasziotomie, bei der es darauf ankomme, dass die betroffenen Logen geöffnet werden. Dazu hat der Sachverständige bereits in erster Instanz ausgeführt, dass sich in den hier eröffneten Logen der Nervus peroneus befinde (Bl. 278 d.A.). In zweiter Instanz hat der Sachverständige wiederholt, es sei überdies auch sicher, dass die (etwaige) Nichteröffnung der beiden weiteren Logen nicht zu einer Schädigung des Nervus peroneus geführt habe. Das hat das Landgericht zutreffend festgestellt; auf LGU 7 wird insoweit Bezug genommen. 40

Die Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 41

Die Revision ist 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 eine Entscheidung des Revisionsgerichts nicht. 42

Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als 20.000,- € (Art. 26 Nr. 8 EGZPO). 43