
Datum: 20.09.2006
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 4/06
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2006:0920.3U4.06.00

Vorinstanz: Landgericht Bielefeld, 4 O 484/04

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 22.11.2005 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin 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.

Die Klägerin ist Witwe und Alleinerbin des am ####1973 geborenen und am ####2000 im M-Hospital C2 verstorbenen I. Sie verlangt mit der Berufung materiellen und immateriellen Schadensersatz, und zwar im Wesentlichen mit dem Vorwurf, die Beklagten hätten den nach der laparoskopischen Gastric-Banding-Operation vom 09.11.2000 und der Revisionsoperation vom 10.11.2000 aufgetretenen erheblichen Anstieg der Körpertemperatur fehlerhaft behandelt.

1

2

3

4

Nach dem Ergebnis des von der Staatsanwaltschaft Bielefeld eingeholten rechtsmedizinischen Gutachtens Prof. C3 vom 23.05.2001 verstarb Herr I an den Folgen einer malignen Hyperthermie (im Folgenden MH) im allgemeinen Organversagen (Cardiorespiratorische Insuffizienz). Die MH ist ein seltenes Krankheitsbild, das im Zusammenhang mit Inhalationsnarkosen auftritt. Auslösende Substanz (Trigger-Substanz) ist in den meisten Fällen das Narkosemittel, in diesem Fall Isofluran.	
Erstinstanzlich hat die Klägerin Behandlungs- und Aufklärungsfehler gerügt.	5
Das Landgericht hat nach Einholung eines schriftlichen chirurgischen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. Y nebst mündlicher Erläuterung die Klage abgewiesen, weil die Klägerin den Beweis für einen ärztlichen Behandlungsfehler nicht erbracht habe. Auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil wird gem. § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO Bezug genommen.	6
Die Klägerin verfolgt mit ihrer Berufung unter Wiederholung, Vertiefung und Ergänzung ihres bisherigen Vortrags ihr Begehren weiter. Sie macht im Wesentlichen geltend:	7
Wegen am 06.11.2000 aufgetretener Oberbauchbeschwerden sei die Operation vom 09.11.2000 absolut kontraindiziert gewesen. Die Voruntersuchungen vom 07.11.2000 seien insoweit nicht ausreichend gewesen. Es hätten seitens der Beklagten auch CT- und MRT-Aufnahmen durchgeführt und der Blutdruck gemessen werden müssen.	8
Behandlungsfehlerhaft sei der während der Operation vom 09.11.2000 angestiegene Kohlendioxydgehalt in der Ausatemluft nicht aufgeklärt worden. Das während der Operation vom 10.11.2000 von 9,6 auf 13 Liter angestiegene Atemminutenvolumen (AMV) sei nicht berücksichtigt worden.	9
Die Nachbehandlung sei ebenfalls fehlerhaft gewesen, weil trotz der ab dem 11.11.2000 erhöhten Körpertemperatur entsprechende Blut- und laborchemische Untersuchungen unterlassen worden seien. Bei Vornahme dieser Untersuchungen wäre die MH festgestellt worden. Die Beklagten hätten das Fieber aber als gemeine Sepsis fehl gedeutet. Darin liege ein erheblicher Verstoß gegen den ärztlichen Standard.	10
Spätestens nach 3 Tagen ergebnisloser Behandlung hätten die Beklagten Herrn I in eine Spezialklinik verlegen müssen; dann wäre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die MH erkannt und erfolgreich behandelt worden.	11
Die alternative Magenverkleinerung (vertikale Gastroplastik) vom 10.11.2000 sei nicht indiziert gewesen. Es habe hierfür weder eine Aufklärung noch eine Einwilligung des Herrn I vorgelegen. Durch diesen Eingriff sei auch über einen erheblich längeren Zeitraum Isofluran verabreicht worden, bei einer kürzeren Operationszeit habe die MH verhindert werden können.	12
Die Feststellung des Sachverständigen, die MH sei nur wenige Stunden vor dem Tod eingetreten, stehe im Widerspruch zu den Feststellungen Prof. C. Bereits während der beiden Operationen habe es dementsprechende Auffälligkeiten gegeben.	13
Die Klägerin beantragt,	14
unter Abänderung des angefochtenen Urteils	15
1.	16

die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie aufgrund der Ereignisse der Operationen vom 09.11.2000 und 10.11.2000 sowie der nachfolgenden Behandlungen des Herrn I, geboren am #####1973 und verstorben am #####2000, ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird und das mit 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Landesbank verzinst wird ab dem 21.02.2001,	17
2.	18
die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie einen Betrag in Höhe von 48.038,33 Euro zu zahlen nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Diskontsatz der Europäischen Landesbank seit Klagezustellung,	19
3.	20
festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr den gesamten zukünftigen materiellen Schaden zu ersetzen, der ihr aufgrund der Ereignisse der Operationen vom 09.11. und 10.11.2000 des verstorbenen I entstehen wird, soweit dieser Anspruch nicht auf einen Sozialversicherungsträger übergegangen ist oder noch übergeht.	21
Die Beklagten beantragen,	22
die Berufung zurückzuweisen.	23
Sie verteidigen das Urteil und wenden sich weiterhin gegen jegliche Haftung.	24
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Parteivortrags wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und die beigezogenen Behandlungsunterlagen Bezug genommen. Der Senat hat den Beklagten zu 4) gehört und ergänzend Beweis erhoben durch Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. Y. Wegen des Ergebnisses der Anhörung und der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll und den Berichterstattevermerk zum Senatstermin vom 20.09.2006 Bezug genommen. Die Ermittlungsakte 16 Js 625/00 der Staatsanwaltschaft Bielefeld lag vor und war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.	25
II.	26
Die Berufung bleibt ohne Erfolg.	27
Der Klägerin stehen gegenüber den Beklagten zu 1) bis 5) weder Ansprüche auf Zahlung materiellen und immateriellen Schadensersatzes noch auf Feststellung der Ersatzpflicht für zukünftige materielle Schäden zu.	28
Insoweit wird zur Vermeidung von Wiederholungen zunächst auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung verwiesen. Auch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat keinen ärztlichen Fehler im Zusammenhang mit der Behandlung des verstorbenen Ehemannes der Klägerin ergeben. Die Beklagten haften ferner nicht wegen eines Aufklärungsversäumnisses.	29
Bei seiner Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. Y. Der Sachverständige hat sein Gutachten – unter Einbeziehung des rechtsmedizinischen Gutachtens Prof. C3 vom 23.05.2001 – auch in zweiter Instanz in jeder Hinsicht fundiert und sachlich überzeugend begründet. Die Kompetenz und Erfahrung	30

des Sachverständigen stehen dabei ebenso außer Zweifel wie dessen Objektivität. Als ehemaliger Direktor der chirurgischen Klinik der Ruhruniversität C4 besitzt der Sachverständige sowohl ein fundiertes theoretisches Wissen als auch eine umfassende praktische Erfahrung. Die Ausführungen des Sachverständigen beruhen auf einer gründlichen Aufarbeitung der umfangreichen Behandlungsunterlagen einschließlich der Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft Bielefeld. Der Sachverständige war in der Lage, sämtliche maßgeblichen Fragen des Falls zu beantworten, so dass es der Einholung weiterer Zusatzgutachten nicht bedurfte.

1. 31

Hinsichtlich der Erstoperation vom 09.11.2000 sind den Beklagten im Ergebnis keine Behandlungsfehler nachzuweisen. 32

a. 33

Die Operation vom 09.11.2000 war im Hinblick auf die extreme Fettleibigkeit des Herrn I unstreitig indiziert, die gewählte und mit Herrn I ausführlich besprochene Operationsmethode ist von der Klägerin nicht angegriffen worden. 34

Ein pathologischer Befund im Zusammenhang mit den am 06.11.2000 aufgetretenen Oberbauchbeschwerden lag nach den – üblichen und ausreichenden – Voruntersuchungen vom 07.11.2000 nicht vor und konnte folglich der Operation vom 09.11.2000 auch nicht entgegen stehen. Die klinische Untersuchung, die Magenspiegelung und die Oberbauch-Sonographie waren unauffällig. Es lagen insgesamt – mit Ausnahme eines leicht erhöhten Kreatininwertes – normale und mit der Stoffwechselsituation des Herrn I vereinbare Laborwerte vor, so dass ein schwerwiegendes Krankheitsbild sicher ausgeschlossen werden konnte. 35

Ein Erfordernis, zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme ein CT, eine MRT oder eine Blutdruckmessung vorzunehmen, hat der Sachverständige nicht bestätigt. Hiervon wären zudem keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten gewesen. 36

Über eine mögliche Untersuchung des Herrn I am 06.11.2000 im M-Hospital oder die Erfassung seiner Daten liegen keinerlei Erkenntnisse vor. Da er bei der Aufnahme am 07.11.2000 die Einweisung vom Vortag vorgelegt hat, ist auch nicht davon auszugehen, dass er wegen der geklagten Oberbauchbeschwerden in einem anderen Krankenhaus behandelt worden ist. 37

b. 38

Die Operation vom 09.11.2000 ist dem Facharztstandard entsprechend ausgeführt worden. Es gab weder in chirurgischer noch in anästhesiologischer Hinsicht irgendwelche Besonderheiten. Der (nur langsam) angestiegene Kohlendioxydgehalt in der Ausatemluft bedurfte keiner weiteren Aufklärung, weil er den Normalwert nur ganz geringfügig überschritten hatte. Dieser Einzelbefund ist nicht mit einer MH vereinbar, sondern am ehesten durch eine weitere Einschränkung der bereits geringen Atemkapazität bedingt. Gerade Patienten mit hoher Fettleibigkeit haben Schwierigkeiten mit dem Atemvolumen; zudem wird durch das „Aufpumpen“ des Bauchraums im Rahmen der Laparoskopie der Atemraum zusätzlich etwas eingeschränkt. 39

Die behandelnden Ärzte konnten im Rahmen der laparoskopischen Operation die Leckage des Magens nicht feststellen, weil diese sich auf der nicht sichtbaren Rückseite des Magens befand. Insoweit war auch eine Dichtigkeitsprüfung mit Blaulösung nicht erforderlich.

2. 41

Die Beklagten haben auch den operativen Eingriff vom 10.11.2000 dem Facharztstandard entsprechend durchgeführt. 42

Die alternative Magenverkleinerung (vertikale Gastropplastik) war indiziert. Da bei dem Eingriff das Magenband zwingend wieder entfernt werden musste, stand als alternatives Verfahren die vertikale Gastropplastik zur Verfügung, um auf diesem Wege das ursprüngliche Operationsziel einer Magenverkleinerung noch erreichen zu können. Es stand im Ermessen des Operateurs und erforderte eine sorgfältige Entscheidung, ob der lokale Entzündungsherd eine solche Operation dennoch ermöglichte oder hierdurch ein zusätzliches Risiko für den Patienten geschaffen wurde. Nach den Feststellungen des Sachverständigen war die Entscheidung für die Vornahme der Gastropplastik hier gut vertretbar, insbesondere wegen der nur gering ausgeprägten Peritonitis. Die Erweiterung des Eingriffs hat auch nicht zu Komplikationen oder Nachteilen geführt. Es wurde insgesamt sorgfältig und fehlerfrei operiert. 43

Das während der Operation von 9,6 auf 13,6 Liter angestiegene Atemminutenvolumen (AMV) bedurfte keiner weitergehenden Aufmerksamkeit, weil dieser Wert bis zum Ende der Narkose wieder auf 11,8 Liter abgesunken ist, nach den Ausführungen des Sachverständigen ohnehin für eine MH viel zu niedrig war und nur einen ganz unspezifischen Einzelbefund darstellt. Zudem war der Patient in der Stoffwechsellage „sauer“ und reagierte mit einer erhöhten Atemfrequenz. Zusätzlich bestand eine leichte Infektion durch den Austritt von Magensäure in den Bauchraum. Dies alles ist für den Sachverständigen im Hinblick auf das angestiegene AMV gut erklärbar und „normal“. Nach den Erkenntnissen des Sachverständigen gibt es auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die zeitliche Ausdehnung der zweiten Operation aufgrund der Vornahme der Gastropplastik irgendetwas in Richtung einer MH ausgelöst hätte. Insbesondere ist die konkret verabreichte Dosis Insofluran im Hinblick auf die Trigger-Wirkung dieses Medikaments vollkommen unerheblich, denn – so der Wortlaut des Sachverständigen – „entweder es triggert, oder es triggert nicht“. 44

3. 45

Die behandelnden Ärzte haben auch im Rahmen der postoperativen Versorgung die erforderliche Sorgfalt angewendet. 46

Seitens der Beklagten musste insbesondere nicht differenzialdiagnostisch das eventuelle Vorliegen einer MH berücksichtigt werden. Herr I ist an den Folgen einer ungewöhnlich atypisch verlaufenden MH verstorben. Die Gesamtsituation war zu atypisch und die Einzelbefunde waren zu widersprüchlich, als das man hier einen begründeten Verdacht auf eine MH hätte haben müssen. Die erhobenen klinischen Daten sprachen eher dagegen, der Krankheitsverlauf „passte“ auch in das Bild eines allgemeinen septischen Geschehens. Die Besserung der Atemfunktion, die am 18.11.2000 zu einer Reduzierung des O₂-Gehalts der Atemluft auf 40 % geführt hat, ist ein klares Argument gegen das Vorliegen einer MH. Insbesondere der bis zuletzt normale Serumlaktatwert ist nicht mit einem zerstörerisch hypermetabolischen Muskelstoffwechselprozess vereinbar. 47

Auch der nur leicht erhöhte Kreatininwert bedurfte – gerade deshalb – keiner weiteren Abklärung. Es bestand auch keine Veranlassung für die behandelnden Ärzte, das verwendete 48

Narkosemittel auszutauschen, denn die Auffälligkeiten standen in keinem erkennbaren Zusammenhang mit einer möglichen MH.

Spezifische Befunde für das Vorliegen einer MH gibt es nicht, weitere diagnostische Maßnahmen waren deshalb nicht möglich. Vorwerfbare diagnostische Fehler der behandelnden Ärzte sind auch nach dem rechtsmedizinischen Gutachten Prof. C3 nicht zu erkennen.

49

Die Feststellung des Sachverständigen, die MH sei erst wenige Stunden vor dem Tod des Herrn I eingetreten, wird durch das Obduktionsergebnis „hieb- und stichfest“ – so der Sachverständige – belegt und steht auch nicht im Widerspruch zu dem Ergebnis des rechtsmedizinischen Gutachtens. Der Obduktionsbefund weist intakte Zellkerne auf, entzündliche Reaktionen waren nicht feststellbar. Bei einer Muskelnekrose oder einem sonstigen Gewebeuntergang gibt es aber spätestens nach 12 Stunden keine nachweisbaren Zellkerne mehr. Weil erste deutliche Zellreaktionen im Sinne einer Einwanderung von Granulozyten bereits nach 2 bis 4 Stunden erfolgen, solche Veränderungen bei Herrn I aber nicht vorlagen, kann die MH auch nur wenige Stunden vor seinem Tod eingetreten sein. Hierfür spricht auch, dass ein MH spezifischer Fieberverlauf nicht, wie üblich, schon während der Narkose einsetzte, sondern erst ab dem Spätnachmittag des 18.11.2000 festzustellen ist. Erst ab diesem Zeitpunkt wechselte der bisher zur beobachtende „Zackenverlauf“ der Fieberkurve - der als Anzeichen für ein septisches Geschehen zu bewerten war – in den für das Vorliegen einer MH typischen „geraden“, also linearen Verlauf.

50

Zu diesem Zeitpunkt hätte aber selbst dann, wenn der behandelnde Arzt „aufgrund hellseherischer Fähigkeiten“ – so der Wortlaut des Sachverständigen – an das Vorliegen einer MH gedacht und zugleich auch einen hohen Kaliumwert festgestellt hätte, keine reale Möglichkeit mehr bestanden, die MH wirksam zu bekämpfen und den Tod des Herrn I zu vermeiden.

51

Es bestand folglich schon rein zeitlich keine Möglichkeit mehr, Herrn I in eine Spezialklinik zu verlegen. Zudem war die apparative Ausstattung des Hospitals der Beklagten zu 5) zum streitgegenständlichen Zeitpunkt dem Standard einer Universitätsklinik entsprechend, so dass durch eine Verlegung keine bessere Versorgung des Patienten hätte erzielt werden können.

52

Auch der CK-Wert musste nicht bestimmt werden, weil hierfür keine Indikation – der Verdacht auf einen Muskelprozess – gegeben war. Weil es sich um einen nur wenige Stunden alten Prozess handelte, hätten eine früher durchgeführte Bestimmung des CK-Wertes und auch eine LDH-Bestimmung mit größter Wahrscheinlichkeit keine pathologischen Werte ergeben.

53

Nach den Feststellungen des Sachverständigen stellt sich in der Gesamtschau der Krankheitsverlauf als völlig ungewöhnlich für eine MH dar. Ohne die hier vorgenommene Obduktion und deren Ergebnisse wäre ein Arzt zu keiner Zeit auf den Gedanken gekommen, dass eine MH vorliegen könnte. Lediglich in der Rückschau könnte man den während der ersten Narkose beobachteten Anstieg des Kohlendioxydgehaltes in der Atemluft und den während der zweiten Operation beobachteten schnellen Pulsschlag und die Steigerung des AMV als erste Anzeichen einer MH deuten. Aus der allein maßgeblichen Sicht ex ante handelte es sich bei diesen Veränderungen aber nur um Momentaufnahmen, die sich in der Folge auch nicht weiter in diese Richtung bestätigt haben.

54

4.

55

56

Auch die Aufklärungsrüge der Klägerin bleibt erfolglos.

Es kann dahinstehen, ob Herr I – wie die Beklagten behaupten – vor der alternativen Magenverkleinerung vom 10.11.2000 ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist und zu diesem Eingriff seine Einwilligung erteilt hat. Denn dieses Verfahren hat nach den Feststellungen des Sachverständigen weder zu Komplikationen oder Nachteilen geführt, noch hätte sich hierdurch die Möglichkeit oder die Gefahr des Auftretens einer MH erhöht. Durch die zeitliche Ausdehnung des Eingriffs ist zwar zwangsläufig über einen längeren Zeitraum Isofluran verabreicht worden; durch eine kürzere Operationszeit hätte die MH aber auch nicht verhindert werden können. 57

5. 58

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit resultiert aus den §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 59

Die Zulassung der Revision gem. § 543 ZPO war nicht geboten. Die Entscheidung des Senats betrifft einen Einzelfall, der keine grundsätzliche Bedeutung besitzt. Von Entscheidungen anderer Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofs ist der Senat nicht abgewichen. 60

Die Entscheidung beschwert die Klägerin mit mehr als 20.000,-- Euro. 61