
Datum: 06.11.2006
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 66/06
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2006:1106.3U66.06.00

Vorinstanz: Landgericht Bochum, 6 O 544/03

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 01.02.2006 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 Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der am 15.08.1943 geborene Kläger verlangt die Zahlung von Schmerzensgeld und die Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten für sämtliche materiellen und zukünftigen

1

2

3

immateriellen Schäden mit dem Vorwurf, der Beklagte zu 2) habe sowohl die Wirbelsäulenoperation vom 11.10.1998 als auch die Revisionsoperation vom selben Tag fehlerhaft ausgeführt, weil die hierbei verwendeten Corticalisschrauben zu tief – bis in den Spinalkanal hinein – eingebracht worden seien und dieser Zustand in der nur unzureichend ausgeführten Revisionsoperation nicht beseitigt worden sei. Hierdurch sei es zu dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen gekommen. Der Kläger, der früher als Stahlbauschlossler tätig war, erhält seit 2003 eine Rente wegen vollständiger Erwerbsunfähigkeit.

Erstinstanzlich hat der Kläger eine Vielzahl von Behandlungsfehlern gerügt, u.a. eine verzögerte operative Versorgung, einen fehlerhaften Einsatz der Operationstechnik und ein fehlerhaftes Vorgehen, insbesondere das zu tiefe Einbringen der Corticalisschrauben. 4

Das Landgericht hat nach zwei schriftlichen unfallchirurgischen Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. y (jeweils nebst mündlicher Erläuterung) keinen Behandlungsfehler festgestellt und die Klage abgewiesen. Auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil wird gemäß § 540 Abs. 1 Satz 1 ZPO Bezug genommen. 5

Der Kläger verfolgt mit seiner Berufung unter Ergänzung und Vertiefung seines bisherigen Vortrags sein Begehren weiter. Er macht im Wesentlichen geltend, weder der gerichtliche Sachverständige noch das Landgericht seien auf die divergierenden Ausführungen des von ihm beauftragten Sachverständigen Dr. I eingegangen. 6

Der Kläger beantragt, 7

unter Abänderung des angefochtenen Urteils 8

1. 9

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 27.02.2004 zu zahlen, 10

2. 11

festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche materiellen und weiteren immateriellen Schäden aus der fehlerhaften Behandlung ab dem 09.10.1998 zu ersetzen, soweit diese nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind. 12

Die Beklagten beantragen, 13

die Berufung zurückzuweisen. 14

Sie verteidigen das angefochtene Urteil und wenden sich weiterhin gegen jegliche Haftung. 15

Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und die beigezogenen Behandlungsunterlagen Bezug genommen. Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugin H und des Sachverständigen Prof. Dr. y. Wegen der Ergebnisse der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll und den Berichterstattevermerk zum Senatstermin vom 06.11.2006 Bezug genommen. 16

II.

Die Berufung bleibt ohne Erfolg.	18
Dem Kläger stehen gegenüber den Beklagten weder Ansprüche auf Zahlung von Schmerzensgeld noch auf Feststellung der Ersatzpflicht für materielle und immaterielle Schäden zu.	19
Auch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat keinen ärztlichen Fehler im Zusammenhang mit der Behandlung des Klägers ergeben. Bei seiner Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. y. Der Sachverständige hat sein Gutachten – unter Einbeziehung der beiden Begutachtungen des vom Kläger beauftragten Sachverständigen Dr. I vom 04.07.2002 und 12.12.2005 – auch in zweiter Instanz in jeder Hinsicht fundiert und sachlich überzeugend begründet. Die Kompetenz und Erfahrung des Sachverständigen stehen dabei ebenso außer Zweifel wie dessen Objektivität. Als Direktor des Chirurgischen Unfallklinikums in F besitzt der Sachverständige sowohl ein fundiertes theoretisches Wissen als auch eine umfassende praktische Erfahrung. Seine Ausführungen beruhen auf einer sehr gründlichen Aufarbeitung der umfangreichen Behandlungsunterlagen einschließlich einer Vielzahl von Röntgenbildern. Der Sachverständige war zudem in der Lage, sämtliche für die Entscheidung maßgeblichen Fragen des Falles klar und eindeutig zu beantworten, so dass es der Einholung weiterer Zusatzgutachten nicht bedurfte.	20
Die Überzeugungskraft der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. y wird durch die vom Kläger vorgelegten Privatgutachten des Neurochirurgen Dr. I und dessen ergänzenden Ausführungen im Senatstermin im Ergebnis nicht erschüttert.	21
1.	22
Hinsichtlich der Erstoperation vom 11.10.1998 sind den Beklagten im Ergebnis keine Behandlungsfehler nachzuweisen:	23
a)	24
Der Umstand, dass der Kläger nicht unverzüglich nach der Aufnahme in den Bergmannsheil-Kliniken, d.h. nicht bereits am 09.10.1998 ab 0.30 Uhr sondern erst am Morgen des 11.10.1998 operiert worden ist, begründet keinen Behandlungsfehler. Der Sachverständige Prof. Dr. y hat nach Auswertung der am 09.10.1998 gefertigten Röntgenbilder zwar eine dringliche Indikation zur operativen Intervention festgestellt und zudem nach Auswertung der maßgeblichen medizinischen Literatur bei Vorliegen einer Wirbelsäulenfraktur das Erfordernis einer operativen Frühversorgung bestätigt. Der Sachverständige hat aber in der Anhörung vor dem Senat bekräftigt, dass die hier „akut“ erforderliche operative Stabilisierung der Wirbelsäule – auch unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Literatur – den Zeitraum vom ersten bis zum dritten Tag nach dem Trauma erfasst.	25
Die hier am dritten Tag nach dem Unfall des Klägers erfolgte operative Versorgung sieht er insbesondere auch deshalb nicht als verspätet an, weil bei dem Kläger während dieses Zeitraums keine Hinweise auf eine (sekundäre) Querschnittssymptomatik oder sonst rasch voranschreitende neurologische Ausfälle vorgelegen haben – diese hätten eine sofortige Operation indiziert -, sondern er nur diskrete segmentale Wurzelstörungen gezeigt hat. Insoweit handelte es sich bei den dokumentierten neurologischen Veränderungen im Bereich der Hände und der Finger (u.a. Kribbelparästhesien) nicht um eine zentrale, sondern nur um	26

eine periphere Sensibilitätsstörung.

Auch der Umstand, ob bei dem Kläger im Zeitraum vor der ersten Operation eine Blasenstörung vorgelegen hat, gewinnt für die Frage nach zentralen neurologischen Symptomen keine eigenständige Bedeutung. Den entsprechenden Beweis hat der Kläger bereits nicht geführt, denn die Zeugin H hat nach ihren Angaben nicht darauf geachtet, wie es in der Klinik der Beklagten zu 1) „mit dem Wasserlassen“ geregelt war. Dass der Kläger dort etwa gesagt hätte, er müsse dringend zum WC, hat die Zeugin nicht bestätigt. Vielmehr ergibt sich aus dem Arztbrief der Beklagten vom 09.10.1998 (KU 7, S. 26), dass der Kläger im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung angegeben hat, selbständig Wasser lassen zu können. Probleme mit dem Wasserlassen sind erst für den 18.10.1998 dokumentiert und führten zu dem urologischen Konsil vom 19.10.1998. Darüber hinaus hat der Sachverständige in seiner Anhörung vor dem Senat bekräftigt, dass eine Blasenstörung – selbst wenn sie zugunsten des Klägers unterstellt würde – keine Indikation zu einer sofortigen Operation bedeutet.

Mit der – hinsichtlich des Operationszeitpunkts – entgegenstehenden Ansicht in dem medizinischen Aufsatz des Prof. Dr. C2 (Bl. 171) hat der Sachverständige sich ebenfalls auseinandergesetzt. Er ist dabei verblieben, dass es nur eine Indikation für ein sofortiges notfallmäßiges Einschreiten gibt, und zwar im Falle einer aufsteigenden sekundären Querschnittssymptomatik. Diese lag hier aber nicht vor.

Der weitere vom Kläger angeführte Aspekt, eine sofortige Operation hätte Positiveffekte für die Komplikationsrate, die Mobilisierung und auch die Rehabilitation gehabt, wird selbst in dem zitierten Aufsatz des Prof. Dr. C2 nur für das Vorliegen von Tetraplegien geschildert.

Schließlich war auch die Instabilität der sturzgeschädigten Wirbel als solche kein Grund für die sofortige Vornahme einer Operation. Dies trotz der großen Gefahr einer Verschlechterung der Dislokation, denn durch die – in der Berufungsinstanz unstreitig gewordene – Verwendung einer Halo-Extension („Haloring“) war die Wirbelsäule bis zur Operation hinreichend stabilisiert.

b)

Es kann auch nicht festgestellt werden, dass der Kläger wegen eines zunehmenden Wirbelversatzes zu einem früheren Zeitpunkt hätte operiert werden müssen.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen ergibt sich aus der Röntgenaufnahme des X-Hospitals C vom 08.10.1998, dass zu dieser Zeit eine deutliche ventrale Dislokation von HWK 7 gegenüber BWK 1 von etwa 1/3 bis zur Hälfte des Wirbelkörpersagitaldurchmessers bestand. Demgegenüber ist im Bericht der Erstoperation vom 11.10.1998 (KU 7, S. 56) festgehalten, dass HWK 7 „um fast Schaftbreite nach ventral disloziert“ ist, so dass für diesen Zeitpunkt eine Vergrößerung des Wirbelversatzes festzustellen ist.

Dies lässt jedoch – so der Sachverständige – nicht den Rückschluss dahin zu, dass es präoperativ in dem Zeitraum zwischen stationärer Aufnahme und Operationsbeginn zu einer weiteren Dislokation gekommen ist, nur weil intraoperativ eine solche Verschlechterung dokumentiert wurde. Vielmehr sieht der Sachverständige den entscheidenden Umstand hierfür in der erforderlichen Umlagerung des Klägers zur Vorbereitung der Operation. Die Annahme dieses späten Zeitpunktes wird indiziell dadurch bestätigt, dass es bei dem Kläger bis zur Erstoperation auch keine zentralen Nervenstörungen gegeben hatte.

c)

Den Beklagten sind auch keine Versäumnisse im Bereich der präoperativen (Röntgen-)Diagnostik vorzuwerfen. 36

Eine entsprechende Computertomographieaufnahme der Halswirbelsäule vom 08.10.1998, die eine instabile Subluxation im Bereich HWK 7/BWK 1 zeigte, lag den behandelnden Ärzten bereits bei Einlieferung des Klägers vor. Zudem wurden in der Klinik der Beklagten zu 1) sowohl am 09.10.1998 als auch am 10.10.1998 weitere Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule im Übergangsbereich zur Brustwirbelsäule gefertigt, die weiterhin einen Versatz zwischen HWK 7 und BWK 1 zeigten. Entscheidend war danach die beim Kläger bestehende klinische Symptomatik. Insoweit lagen aber – wie bereits oben ausgeführt – keine Anzeichen für mögliche zentral neurologische Probleme vor. Die vom Kläger angeführten Schmerzen sind – auch in diesem Bereich – ebenfalls kein Hinweis darauf. Nach den Ausführungen des Sachverständigen kann auch aus dem unstreitigen Umstand, dass der sturzgeschädigte Wirbel in allen drei Achsen zerrissen war, nicht zwingend der Schluss gezogen werden, dass dann auch eine Schädigung des Rückenmarks vorliegen musste. Hiergegen spricht auch, dass im ersten Operationsbericht vom 11.10.1998 (KU 7, S. 56) ein intaktes Myelon dokumentiert ist. Zudem hätte bei Vorliegen einer Rückenmarksläsion in jedem Fall auch eine Querschnittssymptomatik vorliegen müssen, die aber in diesem präoperativen Zeitraum nicht gegeben war. 37

d) 38

Im Rahmen der Erstoperation ist – unstreitig – nach Durchtrennung des flachen Halsmuskels (Platysma) anschließend die arteria carotis dargestellt worden. Diese Vorgehensweise war jedoch nicht fehlerhaft, sondern stellte eine Sicherheitsmaßnahme dar, um eine Schädigung des nervus recurrens zu vermeiden. Ob die arteria carotis im Rahmen einer solchen Operation dargestellt wird, steht grundsätzlich im Ermessen des Operateurs. Sollte es dabei – was der Sachverständige hier nicht sicher feststellen konnte – zu einer Schädigung des nervus recurrens kommen, so wäre dies die Realisierung eines operationstypischen Risikos, nicht aber ein Behandlungsfehler. Denn jedenfalls im Jahr 1998 entsprach es dem medizinischen Standard, den Operationssitus größer als heute üblich darzustellen und dabei auch – wie von der medizinischen Literatur im Jahr 1998 empfohlen – die arteria carotis frei zu präparieren. 39

e) 40

Das Abtragen der Grundplatte HWK 7 und der Deckplatte BWK 1 mit dem mechanischen Meißel – anstatt mit einer Fräse oder Mikrofräse – ist nach den Ausführungen des Sachverständigen in keinem Fall als behandlungsfehlerhaft anzusehen. Auch im Hinblick auf die bestehende Luxationsfraktur war das Arbeiten mit dem Meißel zur Vorbereitung der Knochenspaneinbringung nicht per se komplikationsreicher oder sogar schädigender als die Arbeit mit der Fräse. Denn auch der Einsatz der Fräse birgt bei Arbeiten an der Wirbelsäule erhebliche Risiken, so dass bei unkontrollierten Bewegungen oder fehlerhaften Handhabungen (beispielsweise im Falle eines Abrutschens oder zu tiefen Einschneidens) Läsionen gesetzt werden können. Vielmehr entsprach es im Jahr 1998 dem medizinischen Standard, in Operationssituationen, wie der hier am 11.10.1998 gegebenen, den mechanischen Meißel – ggf. auch eine Stanze – zu verwenden. 41

Der Sachverständige hat zudem ein konkret fehlerhaftes Vorgehen mit dem Meißel ausgeschlossen, weil nach den ausdrücklichen Angaben im ersten Operationsbericht das Rückenmark nach dem Entfernen der Grund- und Deckenplatte unverletzt geblieben war. 42

f)

Es kann nicht festgestellt werden, dass die behandelnden Ärzte während der Erstoperation fehlerhaft eine Lagerungskorrektur unterlassen hätten. 44

Der Sachverständige hat nach Auswertung der Behandlungsunterlagen bestätigt, dass die Luxationsfraktur durch die präoperative Extensionsbehandlung mit dem „Haloring“ zwar ordnungsgemäß bis zur Operation stabilisiert worden war, intraoperativ aber dennoch eine Zunahme der Dislokation festgestellt worden ist. Der Sachverständige hat aber bekräftigt, dass er – wie bereits oben unter 1b) ausgeführt – den entscheidenden Umstand für die Veränderung der Dislokation in der erforderlichen Umlagerung des Klägers zur Vorbereitung der Operation sieht. Mit den Worten des Sachverständigen hat sich die Dislokation damit erst „am Operationstisch“ verändert. Diese Umlagerung wäre in jedem Fall durchgeführt worden, d.h. auch bei einem sofortigen, notfallmäßigen Eingriff am 09.10.1998. 45

Auf die intraoperativ erkannte Zunahme der Frakturfehlstellung haben die behandelnden Ärzte auch umgehend mit der Vornahme der Repositionsoperation reagiert. Zwar ist es möglich, dass die dreitägige präoperative Extensionsbehandlung mit dem Haloring zu einer Lockerung der einzelnen Wirbelkörper geführt hat, jedoch war dieser Umstand dann gleichzeitig mit dem Vorteil einer Vereinfachung der Repositionsmaßnahme verbunden. 46

g) 47

Es entsprach dem Facharztstandard 1998, im Rahmen der operativen Stabilisierung der Luxationsfraktur eine Drittelrohrplatte einzusetzen. 48

Die Verwendung der heute gebräuchlichen winkelstabilen Platten war zu jenem Zeitpunkt erst in der Diskussion der medizinischen Literatur. Diese Diskussion wird seit etwa 1996 geführt und ist auch heute noch anhaltend. Es bedarf deshalb keiner weiteren Aufklärung, ob in der Klinik der Beklagten zu 1) im Jahr 1998 solche winkelstabilen Implantate zur Verfügung gestanden hätten. 49

Zudem hat selbst der vom Kläger beauftragte Sachverständige Dr. I bestätigt, dass die Verwendung der Drittelrohrplatte beim Kläger weder zu körperlichen Beeinträchtigungen noch zu Schäden geführt hat. Nur auf längere Sicht gesehen hätte man darin nach Auffassung von Dr. I eine insuffiziente Behandlung sehen müssen. 50

h) 51

Die Verwendung der beiden 24 mm-Corticalisschrauben war nicht behandlungsfehlerhaft. 52

Der Sachverständige Prof. Dr. y hat in der Anhörung vor dem Senat bekräftigt, dass im ersten Operationsbericht die Verwendung eines Schraubenmessgerätes zwar nicht ausdrücklich erwähnt ist, dies aber als bei solchen Operationen absolute Selbstverständlichkeit auch tatsächlich erfolgt und nicht dokumentationspflichtig ist. Dennoch sind Messungenauigkeiten – z.B. durch eine Gewebeverdeckung oder ein dem Knochen aufliegendes dickeres Band – nicht immer zu vermeiden. Damit besteht per se eine Messungenauigkeit von mindestens 2 mm. 53

Es ist deshalb einerseits extrem schwierig, vor dem Einbringen der Schraube deren erforderliche Länge exakt zu messen, andererseits war es im Jahr 1998 nicht Standard, das Durchführen der Messung und deren Ergebnis zu dokumentieren. Nach Auswertung der Behandlungsunterlagen hat der Sachverständige im Ergebnis keine Hinweise dafür, dass die 54

behandelnden Ärzte die erforderliche Schraubenlänge fehlerhaft gemessen haben.

Insbesondere war es auch erforderlich, die Gegencorticalis in die Messung der Schraubenlänge einzubeziehen. Weil für die Operation kein winkelstabiles Implantat sondern eine Drittelrohrplatte verwendet wurde, ließ sich die Schraubenverankerung nicht ausschließlich im Wirbelkörper durchführen. Vielmehr war es gerade in der stark bewegungsbelasteten unteren Halswirbelsäule aus Gründen der biomechanischen Stabilität erforderlich, auch die sog. Gegencorticalis mit dem Gewinde der Schraube zu fassen und mit mindestens einer Gewindelänge zu perforieren. Die entgegenstehende Auffassung des Privatgutachters Dr. I – das Schraubenende müsse nicht in jedem Fall aus der Gegencorticalis herausragen – hat der Sachverständige überzeugend widerlegt. Der Sachverständige hat noch vor kurzer Zeit auf einem Fachkongress den Meinungsstand zu dieser Problematik eruiert. Danach entspricht es auch heute noch der medizinischen Lehrmeinung und stellt nach wie vor den weltweiten Standard dar, die bei einer solchen Operation verwendeten Schrauben mindestens eine Gewindelänge außerhalb der Gegencorticalis einzubringen. 55

Diese von den behandelnden Ärzten gewählte bicorticale Schraubenverankerung stellt damit ein absolutes Standardverfahren dar. Beim Eindrehen der Schraube kommt es aber, ohne dass der Arzt dies sehen kann, zu einem zwar erwünschten (mit mindestens einer Gewindelänge gleich 1 bis 3 mm), aber mehr oder weniger starken Ausdrehen des Schraubenendes auf der Gegenseite. Dieses Ausdrehen kann vom Behandler wegen der Verdeckung durch die Schulter des Patienten auch über Bildwandler nicht genau eingesehen werden und ist unabhängig von dem Einsatz eines Schraubenmessgerätes. Deshalb kann auch bei bestmöglicher Bildwandlereinstellung die tatsächliche Überstandslänge fehlinterpretiert werden, ohne dass dies auf mangelnde Sorgfalt oder fehlerhafte Durchführung zurückzuführen ist. 56

Es konnte hier folglich erst nach dem Eindrehen der Schrauben deren Lage überprüft werden. Hier zeigte die intraoperative CT-Untersuchung vom 11.10.1998, dass die cranial gelegene Schraube die HWK 7 – Hinterkante um 3,4 mm – und damit zu weit – überragte. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. y waren die intraoperativ gefertigten Röntgenbilder aber auch wegen der extrem schlechten Bildqualität nur sehr schwer auszuwerten, so dass die Tatsache, dass ursprünglich eine zu lange Schraube gewählt wurde, und dies auf den intraoperativ gefertigten Bildern nicht erkannt wurde, nicht als behandlungsfehlerhaft anzusehen ist. 57

Es kann dahinstehen, ob die zweite, untere Schraube darüber hinaus vorwerfbar falsch gesetzt wurde – sie „liegt falsch“, so der Sachverständige -, oder ob das suboptimale Einbringen gerade in dieser Region, in der Schrauben ausgesprochen schwierig zu platzieren sind, keinen Sorgfaltsverstoß darstellt. Denn auch der Privatsachverständige Dr. I hat bestätigt, dass die untere Schraube keinerlei Beeinträchtigung oder Schaden verursacht hat. 58

Schließlich hat der Sachverständige Prof. Dr. y in dem Umstand, dass bei der Operation vom 11.10.1998 kein Neurochirurg zugegen gewesen ist, keinen Verstoß gegen den geschuldeten Facharztstandard sehen können. Nur dann, wenn er als behandelnder Arzt intraoperativ feststellen würde, dass das Rückenmark eröffnet worden ist, würde er möglicherweise einen Neurochirurgen hinzurufen. 59

i) 60

Es war auch nicht behandlungsfehlerhaft, dass die Ärzte der Beklagten zu 1) trotz der nahezu nicht mehr verwertbaren Bildqualität nicht weitere intraoperative Röntgenaufnahmen mit einer – technisch möglichen – besseren Qualität gefertigt haben. Dementsprechend liegen hier die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr wegen unterlassener Befunderhebung (vgl. hierzu BGH VersR 2004, S. 790) nicht vor.

Zwar hat der Sachverständige Prof. Dr. y in seiner Anhörung vor dem Senat zunächst ausgeführt, dass die behandelnden Ärzte auf jeden Fall hätten versuchen sollen, bessere Röntgenbilder zu fertigen. 62

Der Vertreter der Beklagten zu 1), Herr S, hat hierzu in technischer Hinsicht ausgeführt, dass im Rahmen der Operation vom 11.10.1998 die behandelnden Ärzte sowohl die Bildwandlerkontrolle als auch die Röntgenbildaufnahmen mit ein und demselben Gerät durchgeführt haben, die Beklagte zu 1) für diese Verfahrensweise über eine entsprechende Genehmigung verfügte und dieses Gerät noch heute in der Klinik der Beklagten zu 1) im Einsatz ist. Der Senat sieht keine Veranlassung, an diesen technischen Angaben zu zweifeln. Dies insbesondere, weil der Sachverständige eine solche Vorgehensweise als ein gängiges Verfahren bezeichnet hat. 63

Nach seinen Ausführungen ist der so beschriebene technische Standard in der Klinik der Beklagten zu 1) nicht zu beanstanden; auch heute noch stellt es ein extrem schwieriges technisches Problem dar, gut verwertbare seitliche Röntgenaufnahmen des Thorax im Bereich der unteren Halswirbelsäule im Übergang zur Brustwirbelsäule zu fertigen. Dementsprechend ist der Sachverständige trotz der extrem schlechten Qualität der Röntgenaufnahmen überzeugt, dass die Ärzte intraoperativ unter Durchleuchtungskontrolle die bestmögliche Einstellung für die Fertigung der Röntgenaufnahmen gefunden hatten. Der ursprünglich von ihm geforderte „zweite Versuch“ einer Röntgenaufnahme erweist sich damit als obsolet, weil die behandelnden Ärzte nahtlos die nächstmögliche Einstellung für das Röntgengerät vornehmen konnten und dies auch sicherlich getan haben. 64

Es hätte zwar versucht werden können, durch Schrägstellung des Bildwandlers die in der Durchleuchtungsrichtung liegenden Schulterblätter und Schultergelenke zu umgehen. Dies hätte aber auch mit einem anderen technischen Gerät zu keinen besseren Ergebnissen als mit dem hier verwendeten Kombinationsgerät geführt. 65

Der Umstand, dass in der zweiten Operation vom 11.10.1998 erheblich besser verwertbare Röntgenaufnahmen gefertigt werden konnten, erklärt sich allein dadurch, dass zu dieser Zeit keine Haloextension mehr verwendet werden musste, so dass der Kläger für die Röntgenaufnahmen erheblich günstiger gelagert werden konnte. 66

Dennoch entspricht es täglicher Praxis, dass – wie hier in der ersten Operation – die exakte Schraubenlage im Bereich der unteren Halswirbelsäule im Übergang zur Brustwirbelsäule (HWK 7 bis BWK 3) trotz des Einsatzes der besten verfügbaren Röntgentechnik nicht darstellbar ist. Der Sachverständige hat die entsprechende Wahrscheinlichkeit mit einem bis zu zweistelligen Prozentbereich angegeben. 67

2. 68

Den Beklagten sind auch im postoperativen Verlauf der Erstoperation vom 11.10.1998 keine Behandlungsfehler nachzuweisen. 69

70

Insbesondere die neurologische Verlaufskontrolle hat sich nicht als unzureichend erwiesen. So ist in der Dokumentation der Untersuchungsbefunde für den 11.10.1998 um 18.30 Uhr dokumentiert, dass der Patient sein linkes Bein nicht bewegt. In einer weiteren Eintragung in der Pflegedokumentation (grüne Schrift; KU 7, S. 116) ist – ohne Zeitangabe – festgehalten, dass der Patient sein linkes Bein nicht bewegen kann. Im Zusammenhang mit den direkt nachfolgenden – im Senatstermin erörterten - Eintragungen („Doktor informiert, Neurologe, siehe Neurokonsil, CT gelaufen“) ist jedoch zwanglos der Schluss zu ziehen, dass die Eintragung in der Pflegedokumentation zeitlich nicht früher als die Eintragung in der Rubrik Untersuchungsbefunde erfolgt ist.

Zwar hat die Zeugin H ausgesagt, ihr sei bereits im Rahmen eines Telefonats vom 11.10.1998 gegen 12.00 Uhr mittags mitgeteilt worden, dass der Kläger die erste Operation gut überstanden habe, aber das linke Bein „sei noch schwach.“ Aber selbst wenn auf der Grundlage eines derartigen Telefonates überhaupt ein ausreichend spezifischer Geschehensablauf zugrundegelegt wird, ist die Zweitoperation am 11.10.1998 nicht vorwerfbar zu spät ausgeführt worden. Der Sachverständige hat zwar nicht verkannt, dass die Zweitoperation dann nicht innerhalb einer Sechs-Stunden-Frist erfolgt ist, die üblicherweise für die Akutversorgung in Anspruch genommen wird. Er bewertet die Revisionsoperation aber erst dann als verspätet und behandlungsfehlerhaft, wenn diese am Folgetag ausgeführt worden wäre.

71

Der Kläger kann sich zur Begründung eines Behandlungsfehlers im Rahmen der neurologischen Verlaufskontrolle auch nicht mit Erfolg auf die Verlaufsdokumentation für den 11.10.1998 (KU 7, S. 16) berufen. Soweit dort festgehalten ist „Übernahme postoperationem . Postoperativ zeigt sich eine zunehmende Neurologie des linken Beines im Sinne einer Parese. Um 22.30 Uhr nochmals Re-Operation mit Schraubenwechsel. Postoperationem Übernahme auf die C 13.“, eröffnet dies hinsichtlich der Frage des Dokumentationszeitpunktes mehrere Interpretationsmöglichkeiten. Die Verlaufsdokumentation kann sowohl unmittelbar nach der Übernahme des Klägers aus der Erstoperation, als auch gegen 12.00 Uhr, als auch nach 18.30 Uhr erstellt worden sein. Ebenso gut wäre es nach der Darstellung des Sachverständigen auch absolut gängige Praxis, eine solche Verlaufsdokumentation erst ein bis zwei Tage später kumulativ zu erstellen. Mangels weiterer Anhaltspunkte und mangels weiterer Dokumentationen über den postoperativen Verlauf ist demnach der Zeitpunkt der Erstellung der Verlaufsdokumentation eingesickert.

72

3.

73

Den Beklagten sind schließlich auch hinsichtlich der Revisionsoperation vom 11.10.1998 keine Behandlungsfehler nachzuweisen.

74

Entgegen der Auffassung des Klägers war es nicht Ziel der Zweitoperation, eine Schraubenfreiheit im Spinalkanal zu erreichen. Vielmehr sind die in der Erstoperation verwendeten überlangen Corticalisschrauben gegen kürzere Schrauben ausgetauscht worden, so dass nach der Revisionsoperation – so der Sachverständige – keine vorwerfbare Überlänge der Schrauben mehr feststellbar war.

75

4.

76

Dem Antrag des Klägers auf Gewährung von Schriftsatznachlass war nicht zu entsprechen. Die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. y im Senatstermin vom 06.11.2006 haben keine neuen Gesichtspunkte oder eine neue oder ausführlichere Beurteilung des

77

medizinischen Sachverhalts ergeben, so dass dem Kläger Gelegenheit zu geben gewesen wäre, die Ausführungen des Sachverständigen nochmals überprüfen zu lassen und ggf. den Sachverständigen erneut mit ergänzenden Aspekten zu konfrontieren (vgl. dazu BGH NJW 1988, 2302). Vielmehr halten sich die Ausführungen des Sachverständigen innerhalb dessen, was dieser schon erstinstanzlich in den ausführlichen Gutachten vom 28.06.2004 und 12.07.2005 und den Anhörungen vor dem Landgericht am 04.05.2005 und 01.02.2006 ausgeführt hat.	
Hierdurch hatte der Kläger ausreichend Gelegenheit zur Überprüfung und Stellungnahme, wie dies im Übrigen durch seinen Privatsachverständigen Dr. I – der auch in den Kammerterminen zugegen war – schon unter dem 04.07.2002 und 12.12.2005 geschehen war.	78
Zudem hatte der Kläger durch die Anwesenheit des Dr. I im Senatstermin die Möglichkeit, den hier maßgeblichen medizinischen Sachverhalt ausführlich mit dem Sachverständigen Prof. Dr. y zu erörtern.	79
Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit resultiert aus den §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.	80
Die Zulassung der Revision war nicht geboten.	81
Die Voraussetzungen des §§ 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor.	82
Die Entscheidung des Senats betrifft einen Einzelfall, der keine grundsätzliche Bedeutung besitzt.	83
Von Entscheidungen anderer Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofs ist der Senat nicht abgewichen.	84
Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als 20.000,00 Euro.	85