
Datum: 26.11.2007
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 163/06
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2007:1126.3U163.06.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 11 O 1061/05

Tenor:

Auf die Berufung des Beklagten wird das am 22.06.2006 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster abgeändert.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Klägerin.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht der Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die 1952 geborene Klägerin begehrt den Ersatz materieller und immaterieller Schäden im Zusammenhang mit einem ambulanten proktologischen Eingriff, den der Beklagte als Oberarzt des Ev. Krankenhauses M bei ihr am 15.04.2003 durchführte.

1

2

3

4

Nachdem die anderweitig wegen eines Hämorrhoidenleidens vorbehandelte Klägerin sich am 11.04.2003 erstmals wegen anhaltender anorektaler Beschwerden beim Beklagten vorgestellt hatte, diagnostizierte dieser nach einer Untersuchung des Anums eine Analfissur mit begleitender Analfalte. Der Beklagte schlug der Klägerin nach einem Aufklärungsgespräch, dessen Inhalt zwischen den Parteien streitig ist, eine operative Ausschneidung der Analfissur einschließlich -falte (sog. Fissurektomie) unter zusätzlicher Koloskopie zum Ausschluss höher liegender Darmerkrankungen vor. Die Klägerin stimmte dieser Vorgehensweise mit Unterzeichnung einer Einwilligungserklärung vom 11.04.2003 zu.

Am 15.04.2003 führte der Beklagte zur Mittagszeit ambulant zunächst die Koloskopie durch und nahm dann die Fissurektomie vor. Dabei unterspritzte er zunächst mit einer Xylocain-Suprarenin-Lösung das zu entfernende Gewebe und schälte die bei 6 Uhr in Steinschnittlage (SSL) gelegene Fissur nebst Analfalte heraus. Sodann verschorfte er weitere größere Gefäßkonvolute bei 11 Uhr und 2 Uhr. Schließlich legte er eine mit Xylocain-Suprarenin-Lösung getränkte Tamponade in den Analkanal ein, den sich die Klägerin am Folgetag selbst zu Hause entfernen sollte. Die Klägerin wurde noch am Nachmittag des OP-Tages nach Hause entlassen und ein Nachsorgetermin für den 22.04.2003 vereinbart. 5

Es entwickelten sich postoperativ erhebliche Komplikationen, die u.a. mehrere stationäre Behandlungen und Operationen im K-Hospital P (MHO) wegen eines ischiorektalen Abszesses nach sich zogen. Hinsichtlich der Einzelheiten des weiteren Behandlungsgeschehens sowie des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die beigezogenen Behandlungsunterlagen und die Darstellung im angefochtenen Urteil Bezug genommen (§ 540 I 1 Zif. 1 ZPO). 6

Das Landgericht hat der Klage – gestützt auf die schriftlichen und ergänzenden mündlichen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T – stattgegeben und der Klägerin ein Schmerzensgeld i. H. v. 15.000,- € nebst bezifferten materiellen Schäden i. H. v. 9.672,54 € zugesprochen. Die Verurteilung des Beklagten hat es sowohl auf eine unzureichende Aufklärung als auch auf einen (einfachen) Behandlungsfehler des Beklagten gestützt worden. Zur Begründung hat das Landgericht im Wesentlichen ausgeführt : 7

Der Beklagte habe die Klägerin nicht darüber aufgeklärt, dass auch die konservative Methode der bloßen Analdehnung zur Behandlung ihrer schmerzhaften Analfissur möglich sei. Über diese weniger invasive Methode mit einiger Erfolgswahrscheinlichkeit habe die Klägerin im Sinne einer echten Alternative aufgeklärt werden müssen. Weil plausibel sei, dass sie sich im Aufklärungsfalle für die weniger invasive Methode der Analdilatation entschieden hätte, hafte der Beklagte für alle Folgen seiner OP vom 15.04.2003. Der Beklagte hafte des Weiteren für einen Behandlungsfehler, weil er – entgegen dem fachärztlichen Standard – einen mit Suprarenin getränkten Tampon in die Analregion eingelegt habe. Diese Verwendungsweise habe keine Grundlage in der Fachliteratur, sei nach den Forschungen des Sachverständigen sogar gefährlich und – ungeachtet der vom Beklagten eingereichten abweichenden ärztlichen Stellungnahmen - fehlerhaft, weil es weniger riskante blutstillende Mittel, wie z.B. Tanin, gebe. Durch die Verwendung des Suprarenin-Tampons sei es nach den Ausführungen Prof. Dr. Dr. Ts mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit schadensursächlich zur schweren blitzartigen Infektion im oberen Analkanal mit Abszessbildung gekommen. Die Sachverständigenerkenntnisse des ausgesprochen erfahrenen Proktologen Prof. Dr. Dr. T seien insoweit eine hinreichende Grundlage für die Kausalitätsfeststellungen der Kammer. Die langwierigen Leiden der Klägerin, ihre mehrmonatige Behandlung und die Belastungen durch den vorübergehenden künstlichen Darmausgang rechtfertigten ein Schmerzensgeld von 15.000,- €. Auch habe die Klägerin Anspruch auf Ersatz ihrer durch Urkunden belegten 8

bezahlten materiellen Schäden.

Gegen dieses Urteil wendet sich der Beklagte mit seiner form- undeingelegten Berufung. Zur Begründung seines Rechtsmittel trägt er - unter Hinweis auf die erstinstanzlich eingereichten medizinischen Stellungnahmen anderer Proktologen sowie verschiedene Fachveröffentlichungen - vor : 9

Das Landgericht habe die Feststellungen nicht auf Ausführungen eines seit langem nicht mehr in der Praxis tätigen und mittlerweile 85-jährigen Sachverständigen stützen dürfen. Dieser möge zwar die wissenschaftliche Literatur kennen, sei aber mit der im Jahr 2003 geübten Praxis, die den medizinischen Standard mitbestimme, nur unzureichend vertraut. Die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens durch einen im fraglichen Zeitraum praktizierenden und mit dem aktuellen Stand der Proktologie vertrauten Sachverständigen sei unabdingbar. In der Sache liege weder ein Aufklärungsfehler noch ein Behandlungsfehler vor. Zunächst sei die bloße Analdehnung bei der hier gegebenen chronisch – rezidivierenden Analfissur keine echte Alternative mit dauerhaftem Behandlungserfolg gewesen. Auch sei der Klägerin vorab erklärt worden, dass bei ihrem Krankheitsbild die sonst mögliche konservative (dehnende) Behandlung nicht erfolgversprechend sei. Es gebe keine fachmedizinischen Erkenntnisse, die den gehandhabten Einsatz von Suprarenin beanstandeten; so zeigten zahlreiche aktuelle ärztliche Stellungnahmen, dass die proktologische Praxis Adrenalin-Tupfer einsetze oder dies jedenfalls nicht als problematisch ansehe. Selbst die vom Sachverständigen zitierten (eigenen) Veröffentlichungen zeigten ausdrücklich nur Vermutungen auf, wonach der Einsatz von Adrenalin bei Operationen im Anodermbereich schädlich sein könne. Letztlich gebe es keine Literatur, die den vom Beklagten vorgenommenen Tampon - Einsatz mit Suprarenin - auch in Kombination mit den vorherigen Maßnahmen der Unterspritzung und Verschorfung - als fehlerhaft einstufte. Es sei auch medizinisch ausgeschlossen, dass die in einer Verdünnung von 1 : 200 000 eingesetzte Suprarenin - Lösung einen derartigen Entzündungsprozess auslösen könne, wie er bei der Klägerin aufgetreten sei. 10

Der Beklagte beantragt, 11

unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen. 12

Die Klägerin beantragt, 13

die Berufung zurückzuweisen. 14

Sie verteidigt im Ergebnis das erstinstanzliche Urteil. Sie meint, der Beklagte habe versäumt, Einwände gegen Prof. Dr. T rechtzeitig erstinstanzlich vorzubringen. Die vom Beklagten zahlreich eingereichten Artikel und Schreiben gäben nichts im Sinne der Verteidigung gegen eine Haftung her. 15

Die Klägerin hat mit der Berufungserwiderung zunächst behauptet, dass auch bei der in ihrem Fall gegebenen chronifizierten Analfissur die von Dr. Dr. T favorisierte operative Analdehnung eine Therapievariante sei, und insoweit ein Aufklärungsversäumnis des Beklagten gerügt. Nachdem sie ihrerseits ein Privatgutachten des Prof. Dr. I3 eingeholt hat, stellt die Klägerin ausdrücklich nicht mehr in Frage, dass die gewählte operative Vorgehensweise der Fistelexzision dem Behandlungsstandard entsprochen habe und die Methode der Wahl zur fachgerechten Behandlung der chronischen Analfissur gewesen sei. 16

Hinsichtlich des Eingriffs selbst beanstandet die Klägerin - gestützt auf die zweitinstanzlichen Ausführungen von Prof. Dr. Dr. T und das eingeholte Privatgutachten des Prof. Dr. I3, dass zwar nicht die Einzelmaßnahmen zur Blutstillung, aber die *Kombination* der Gewebeunterspritzung mit Xylocain - Suprarenin - Lösung mit der späteren Einlage der Suprarenin - getränkten Tamponade behandlungsfehlerhaft gewesen sei; dieser kombinierte Einsatz des blutstillenden Mittels Suprarenin habe vorhersehbar Nekrosen - und in deren Folge bakterielle Entzündungen mit Abszessbildung - begünstigt. Hinzu komme, dass der Beklagte offenbar eine zusätzlich zu der Analfissur vorliegende Analfistel übersehen habe, was durch Entzündungsvorgänge zur Ausbildung des Ischiorektalabszesses geführt habe. Der Beklagte habe darüber hinaus überflüssigerweise die nicht beschwerdeursächlichen Hämorrhoiden mit verschorft, was allerdings nicht zu den postoperativen Komplikationen der Abszedierung beigetragen habe.

Die Klägerin beanstandet schließlich, dass der für eine Woche nach dem Eingriff vereinbarte Kontrolltermin nicht ausgereicht habe, um eine fachgerechte Nachsorge zu gewährleisten. Das sie betreuende Personal habe ihre Klagen über starke Schmerzen im Aufwachraum und später am Telefon nicht ernst genug genommen. Richtigerweise habe man aufgrund ihrer Adipositas und der beklagten heftigen Schmerzen zur Aufdeckung der Komplikationen eine frühere Nachuntersuchung veranlassen müssen. 18

Der Senat hat die Parteien persönlich angehört und Beweis erhoben durch ergänzende Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T im Senatstermin am 26.02.2007 sowie Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens gemäß § 412 ZPO, welches durch den Sachverständigen Prof. Dr. Dr. M2 am 17.08.2007 schriftlich erstellt und im Senatstermin am 26.11.2007 mündlich erläutert worden ist. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Prof. Dr. Dr. M2 vom 17.08.2007 (Bl. 473 ff. GA) und die Protokolle der Senatstermine nebst der gefertigten Berichterstattevermerke (Bl. 370 ff., Bl. 418 ff., Bl. 570 ff., Bl. 575 ff. GA) verwiesen. 19

II. 20

1. Die zulässige Berufung des Beklagten hat Erfolg und führt unter Abänderung des angefochtenen Urteils zur Abweisung der Klage. 21

a) Der Beklagte haftet der Klägerin weder für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch den proktologischen Eingriff vom 15.04.2003 noch für dessen - im Zusammenhang mit dem postoperativ aufgetretenen Ischiorektalabszess und seiner Behandlung aufgetretene - Folgen. Die ambulante Operation vom 15.04.2003 ist entgegen den Feststellungen des Landgerichtes nicht auf der Grundlage einer unzureichenden Patientenaufklärung durchgeführt worden. Auch ist es weder intraoperativ noch in der postoperativen Nachsorge zu schadensursächlichen Verstößen gegen den fachärztlichen Behandlungsstandard gekommen. 22

b) In seiner Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den ausführlichen, auf einer umfassenden Auswertung der medizinischen Literatur beruhenden und von großer Sachkenntnis zeugenden Ausführungen des Prof. Dr. Dr. M2. Dieser verfügt als praktizierender Chefarzt der Klinik für Allgemeinchirurgie und Proktologie der Städt. Kliniken C - einem Kompetenzzentrum für Koloproktologie - sowohl über eine große praktische Erfahrung als auch über hervorragende theoretische Kenntnisse der Proktologie. Prof. Dr. Dr. M2 hat sich in der medizinischen Beurteilung der streitgegenständlichen Behandlungsvorgänge überzeugend auf sachlicher Ebene mit den teilweise abweichenden Einschätzungen des zunächst herangezogenen gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. Dr. 23

T und auch mit denjenigen der beiden Privatsachverständigen Prof. Dr. I3 und Dr. S auseinandergesetzt; seine eigenen Bewertungen hat er dabei nachvollziehbar anhand der aus den umfassend beigezogenen Behandlungsunterlagen zu gewinnenden Erkenntnisse begründet und - anders als die Prof. Dr. T, Prof. Dr. I3 und die vorgerichtlich befassten Kommissionsgutachter - auf spekulative Aussagen verzichtet. Seine medizinischen Ausführungen - die (anhand der beigelegten Literaturbelege) ersichtlich dem aktuellen medizinischen Erkenntnisstand entsprachen - waren für den Senat in jeder Hinsicht überzeugend und nachvollziehbar; er hat die von Prof. Dr. M2 dargestellten medizinischen Erkenntnisse deshalb der juristischen Bewertung des Behandlungsgeschehens zugrunde gelegt.

2. Die von der Klägerin erteilte Zustimmung zum Eingriff vom 15.04.2003 beruhte nicht auf Defiziten in der ärztlichen Aufklärung, so dass eine *Aufklärungsfehlerhaftung* des Beklagten - entgegen der Annahme des Landgerichtes - *ausscheidet*. 24

Insoweit war bereits erstinstanzlich unstreitig, dass der Beklagte in einem persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch die Klägerin nach der Voruntersuchung am 11.04.2003 über Art, Zweck und Hergang des beabsichtigten Eingriffs sowie seine wesentlichen Risiken - einschließlich des hier verwirklichten - aufgeklärt hatte. Dies entspricht im Übrigen der durch Unterschrift der Klägerin bestätigten Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation. 25

Ob der Beklagte der Klägerin darüber hinaus hinreichend deutlich dargestellt hat, dass man Analfissuren nicht nur in der ihr schon bisher bekannten Weise durch (konservative) häusliche Eigenbehandlung, sondern mittels operativer Analdilatation durch Sphinkterdehnung behandeln könne, kann dahin stehen.- Über Behandlungsalternativen ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten nur dann aufzuklären, wenn die Methode des Arztes nicht die der Wahl ist oder konkret eine echte Alternative mit (mindestens) gleichwertigen Chancen besteht (Steffen/Pauge, *Arzt Haftungsrecht*, 10. Aufl. RdNr. 381 m.w.N. zur Rspr.). Hieran fehlte es im Falle der Klägerin. Wie zwischen den Parteien im Verlauf der Berufungsinstanz (auf der Grundlage der insoweit übereinstimmenden Sachverständigenangaben des Prof. Dr. M2 wie des Prof. Dr. I unstreitig geworden ist, war die vom Beklagten unternommene Fissurektomie bei dem Krankheitsbild einer chronischen Analfissur mit davor gelegener Analfalte die *Behandlungsmethode der Wahl*. Nur sie war nach dem seinerzeitigen wie heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet, die unter konservativer Behandlung nicht abgeheilte persistierende Fissur am After zur Ausheilung zu bringen und ein etwaiges bösartiges Analtumorleiden (durch nachfolgende histologische Untersuchung des entnommenen Materials) auszuschließen. Demzufolge war der Beklagte nicht gehalten, die Klägerin nach erfolgloser konservativer Dehnungsbehandlung über die „Option“ einer operativen Analdilatation aufzuklären. 26

3. Die Operation am 15.04.2003 ist nicht fehlerhaft durchgeführt worden,- insbesondere hat der Beklagte nicht feststellbar unter Verstoß gegen den proktologischen Behandlungsstandard eine (für den späteren Abszess mitursächliche) Infektionsgefahr geschaffen oder übersehen. 27

a) In der Berufungsinstanz ist unstreitig geworden, dass die Einlage einer mit Suprarenin getränkten Tamponade in den Analkanal nicht per se gegen den maßgeblichen proktologischen Behandlungsstandard im April 2003 verstieß,- wie dies das Landgericht auf der Grundlage der Sachverständigenausführungen des Prof. Dr. T noch angenommen hatte. 28

Der erstinstanzlich herangezogenen Gutachter Prof. Dr. Dr. T hatte insoweit bereits im Senatstermin am 26.02.2007 seine bisherige Beanstandung dahin modifiziert, dass die Einlage eines mit Suprarenin getränkten Analtampons *lediglich in Kombination* mit der vorherigen Gewebeunterspritzung mit Suprarenin und der Hämorrhoidenverschorfung zu beanstanden sei. Im weiteren Verlauf hat die Klägerin durch Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 14.10.2007 - in Übereinstimmung mit den insoweit korrespondierenden Bekundungen von Prof. Dr. Dr. M2, Prof. Dr. I3 und Dr. S - eingeräumt, dass die Einlage eines mit Xylocain-Suprarenin getränkten Tupfers als Tamponade nach operativen Eingriffen am After *für sich betrachtet nicht als behandlungsfehlerhaft anzusehen* sei, auch wenn dadurch ein positiver Effekt nur auf geringgradige Nachblutungen zu erwarten stehe. Der vom Landgericht angenommenen Behandlungsfehlerhaftung wegen des eingebrachten Suprarenin-Tupfers ist damit die Grundlage entzogen.

b) Soweit die Klägerin anhand der Ausführungen des vormaligen gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T im Senatstermin am 26.02.2007 und der ergänzenden Darlegungen ihres Privatgutachters Prof. Dr. I3 nun rügt, dass die *kombinierte* Verwendung von Suprarenin *sowohl* bei der Unterspritzung vor der Exzision *als auch* bei der abschließenden Tamponageeinlage nach dem medizinischen Erkenntnisstand nicht statthaft gewesen sei, weil man mit diesen durchblutungshindernden Maßnahmen Entzündungsprozessen (der hier eingetretenen Art) Vorschub leiste, trifft diese medizinische Bewertung nicht zu.

30

Wie die umfangreichen Recherchen des vom Senat gemäß § 412 ZPO bestellten Sachverständigen Prof. Dr. M2 und ihre Auswertung durch ihn ergeben haben, ist einerseits die Injektion von Suprarenin zur Blutungsprophylaxe wie zur Blutstillung - auch in Kombination mit Koagulationsmaßnahmen - ein in der operativen Proktologie etabliertes Verfahren, welches heute als Standard gilt, und ist andererseits die Einlage einer Suprarenin - getränkten Tamponade nach solchen Operationen ein von vielen proktologischen Operateuren durchgeführtes Verfahren, von dem nach der Datenlage keine verschlechterten Komplikationsraten zu erwarten sind. Prof. Dr. Dr. M2 hat darüber hinaus dargestellt, dass es derzeit keine ihm bekannt gewordene wissenschaftliche Untersuchung gebe, wonach der vom Beklagten angewendete kombinierte Suprarenineinsatz (zur Gewebeunterspritzung und Tamponadetränkung) hinsichtlich seiner schädlichen Auswirkungen untersucht oder gar kritisiert worden sei. Auch Prof. Dr. T und der Privatsachverständige Prof. Dr. I3 haben keinerlei medizinwissenschaftliche Belegstellen dafür angeführt, dass die hier konkret in Rede stehende *Kombination des Suprarenineinsatzes bei proktologischen Eingriffen* bedenklich oder untersagt sei. Prof. Dr. Dr. M2 hat deshalb und anhand veröffentlichter medizinischer Erkenntnisse zu der deutlich aggressiveren APC-Koagulation in Kombination mit Suprarenin-Injektionen wie zum Einsatz wesentlich höherer Konzentrationen von Suprarenin bei der Tumescenz-Lokalanästhesie den nicht zu beanstandenden Schluss gezogen, dass durch die vom Beklagten gehandhabte Applikationskombination und -dauer keine Verschlechterung der (Entzündungs-)Komplikationsraten zu erwarten sei. Er hat als Resümee seiner Betrachtungen nicht feststellen können, dass die Vorgehensweise des Beklagten mit dem kombinierten Suprarenineinsatz den Standard guter ärztlicher Behandlung unterschritten habe. Diese medizinische Schlussfolgerung - welche im Einklang mit der Beurteilung durch den Privatgutachter des Beklagten Dr. S steht - beruht zur Überzeugung des Senates auf einer sorgfältigen wie plausiblen Vorgehensweise des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. M2, die zutreffend dem nach der aktuellen Medizinwissenschaft vertretbaren Spektrum operativer Vorgehensweisen Rechnung trägt. Demgegenüber beruhten die Ausführungen von Prof. Dr. Dr. T und Prof. Dr. I3 ersichtlich auf persönlichen Überzeugungen bzw. (letztlich nicht belegten) individuellen Befürchtungen im Rahmen widerstreitender

31

medizinischer Lehrmeinungen über die Entstehung von Analfissuren und -fisteln; sie ließen das (aus wissenschaftlicher Sicht verständliche, aber für die Frage des fachärztlichen Standards letztlich nicht erhebliche) Bestreben dieser Gutachter erkennen, für die bei der Klägerin aufgetretenen schwere Komplikation eine medizinisch begründbare Ursache namhaft zu machen. Prof. Dr. Dr. T wie Prof. Dr. I3 haben damit den an das ärztliche Verhalten anzulegenden Sorgfaltsmaßstab (im Sinne eines in Wissenschaft und Praxis allgemein anerkannten und praktisch bewährten Standards) überspannt; insbesondere ist in ihren Überlegungen unzureichend berücksichtigt worden, dass dem Arzt ein Korridor für sein Behandlungsverhalten verbleiben muss, wenn er sich am jeweiligen Erkenntnisstand der Medizin orientiert (Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl. Rdnr. 150 und 153 m.w.N. zur Rspr.).

c) Soweit die Klägerin nach Einholung des Privatgutachtens von Prof. Dr. I3 erstmals behauptet hat, der Beklagte habe bei der Operation vom 15.04.2003 eine (zusätzlich zur Analfissur vorhandene) Analfistel oder einen Kryptenabszess bzw. einen ins Rektum perforierten Protealdrüsenabszess übersehen, beruht diese Annahme - wie die Anhörung von Prof. Dr. I3 und Prof. Dr. Dr. M2 durch den Senat ergeben hat - auf rein spekulativen Überlegungen des Privatsachverständigen, für die es weder in den Behandlungsunterlagen des Beklagten wie der Nachbehandler (insbesondere im MHO) noch sonst einen hinreichenden Beleg gibt. 32

Prof. Dr. Dr. M2 hat zwar der Aussage Prof. Dr. I2 beigespflichtet, dass in ca. 10 - 15 % der Fälle eine Analfissur von einer Fistelung begleitet sei. Nichts rechtfertigt jedoch den medizinischen Schluss, dass dies auch bei der Klägerin am 15.04.2003 so gewesen ist. 33

Weder der Voruntersuchungsbefund vom 11.04.2004, noch der Histologiebefund des Prof. Dr. L vom 17.04.2003, noch die starken postoperativen Schmerzen, noch die ausweislich der Berichte des MHO dort vorgefundenen Zustände im Anus- und Rektumbereich der Klägerin beinhalten - wie Prof. Dr. Dr. M2 im Einzelnen nachvollziehbar erläutert hat - zuverlässige Hinweise darauf, dass dem Beklagten bei der Operation eine solche Fistelung o.ä. entgangen ist. Insbesondere die Tatsache, dass bei der Klägerin nach dem Entlassungsbericht des MHO ein ausgedehnter ischiorektaler Abszess mit Verbindung zum Rektum vorhanden gewesen sei - wobei sich ein großes Ulcus hinter der linea dentata befand -, lässt nach den überzeugenden Sachverständigenausführungen nicht den Schluss zu, dass der Beklagte einen vorhandenen Kryptenabszess bzw. Protealdrüsenabszess bzw. eine Analfistel übersah. Denn das Ulcus ist *oberhalb* desjenigen Bereiches aufgetreten, in dem der Beklagte operiert. Die Einschätzung des Kommissionsgutachters Dr. B, wonach schon bei der Behandlung durch den Beklagten ein Krypten- oder ein ins Rektum perforierter Protealdrüsenabszess vorgelegen habe, der intraoperativ nicht erkannt worden sei und sich dann ins Weichteilgewebe vorgewühlt habe, beinhaltet nach der medizinischen Bewertung durch Prof. Dr. Dr. M2 eine im Bereich des Möglichen liegende Spekulation, für die allerdings auch die Kommissionsgutachten keine beweisenden Anhaltspunkte benennen. Schließlich gibt es nach der persönlichen Erfahrung von Prof. Dr. Dr. M2 - wenn auch selten - selbst bei sorgfältigst im Analbereich operierten Patienten entzündliche Abszessbildungen unklarer Ätiologie, ohne dass zuvor die Begleiterkrankung einer Analfistel vorhanden war. Als Ursache derartiger Abszessbildungen kommen – wie schon das schriftliche Gutachten vom 17.08.2007 umfassend dargestellt hat - mannigfaltige Einflüsse in Betracht, für die keineswegs per se der Operateur verantwortlich ist,- nämlich die Anzahl der bei/nach einem solchen Eingriff im Darm vorhandenen Keime, deren Virulenz, die Durchblutung des betroffenen Gewebes und der allgemeine Immunstatus des Patienten. 34

Eine etwaig während der Operation unterbliebene forcierte Fistelnachsuche unter Sondeneinsatz wäre überdies nicht als Verstoß gegen den ärztlichen Standard und damit nicht als Behandlungsfehler zu werten. Wie Prof. Dr. Dr. M2 dargestellt hat - und insoweit von Prof. Dr. I3 auch bestätigt worden ist - wird in der aktuellen medizinischen Fachdiskussion kritisiert, dass eine verschärfte primäre Fistelnachsuche bei Analoperationen womöglich die Gefahr einer (ärztlich induzierten) Fistelung erst hervorruft. Nach einer in der Koloproktologie weithin vertretenen Meinung - der auch Prof. Dr. Dr. M2 zuneigt - wird eine forcierte Fistelnachsuche wegen der aus ihr folgenden iatrogenen Gefahren deshalb abgelehnt. Mit Recht hat Prof. Dr. Dr. M2 unter Hinweis auf den derzeitigen medizinischen Diskussions- und Meinungsstand zu dieser Frage es vom proktologischen Standard her *nicht* beanstanden wollen, wenn der Beklagte intraoperativ bei der Fissurektomie eine sondierende Fistelnachsuche unterlassen hätte.

Ein haftungsbegründender Behandlungsfehler ergibt sich nach alledem unter dem Aspekt einer etwaig während der Operation unterbliebenen forcierten Fistelnachsuche nicht. Darüber hinaus besteht angesichts der überzeugenden Darlegungen des Prof. Dr. Dr. M2 keine hinreichende tatsächliche Grundlage dafür, *überhaupt* ein behandlungsfehlerhaftes Übersehen einer (neben der Analfissur bestehenden) Fistelung oder Abszedierung durch den Beklagten festzustellen. Dies geht zu Lasten der für die Behandlungsfehlerhaftigkeit beweisbelasteten Klägerin. 36

d) Auch das Einbringen und Belassen einer Analtamponade bis zu dem auf die Operation folgenden Morgen ist - wie die Anhörung von Prof. Dr. M2 ergeben hat - vom medizinischen Standpunkt aus nicht zu beanstanden. Wie die sehr umfangreiche Literaturrecherche des Sachverständigen ergeben hat, bestätigen viele Autoren, dass sie nach derartigen anorektalen Eingriffen der hier in Rede stehenden Art routinemäßig postoperativ vorübergehend verbleibende Tamponaden verwenden. Ein solches Vorgehen hatten zudem sowohl der Privatgutachter Dr. S im Senatstermin am 26.02.2003 für seinen Tätigkeitsbereich als Chefarzt der Koloproktologie der X-Klinik N als auch etliche der bereits erstinstanzlich mit Schriftsatz vom 02.06.2007 vorgelegten chefarztlichen Stellungnahmen geschildert. 37

Soweit die Klägerin im Senatstermin am 26.11.2007 der Auffassung war, sie habe wohl nicht die seit den 80-er Jahren in der Koloproktologie der Bundesrepublik Deutschland übliche „ausgezogene Tamponaden“ - sondern einen klassische festen Analtampon eingelegt bekommen - ist dies nicht erwiesen. Der Beklagte hat dargelegt, lediglich eine in Flüssigkeit getauchte Kompresse eingelegt zu haben, was Prof. Dr. Dr. M2 auch angesichts der gängigen Bezeichnung im OP-Bericht als „Tamponade“ für plausibel gehalten hat. Zudem deutet der Umstand, dass die Klägerin sich die Tamponade unstreitig selbst zu Hause entfernen sollte, nach den Erfahrungen von Prof. Dr. Dr. M2 als recht sicheres Indiz darauf hin, dass es sich lediglich um eine ausgezogene Tamponade des üblichen Typs handelte. Die Verwendung eines nicht dem fachärztlichen Behandlungsstandard entsprechenden Tampons lässt sich damit nicht feststellen. Überdies hätte - wie Prof. Dr. Dr. M2 überzeugend dargestellt hat - selbst die Einbringung eines klassisch festen Analtampons keine Auswirkung auf die bei der Klägerin eingetretene Komplikation gehabt. 38

4. Auch die vom Beklagten veranlasste postoperative Nachsorge ist nicht zu beanstanden und führt zu keiner Haftung. 39

Zunächst entsprach die Terminierung des regulären Nachsorgetermins auf eine Woche nach dem Eingriff vom 15.04.2003 dem üblichen Nachsorgeablauf in der deutschen Klinikpraxis. Dies hat Prof. Dr. Dr. M2 im Senatstermin am 26.11.2007 anhand seiner praktischen Erfahrung überzeugend aufgezeigt. Soweit dem Patienten darüber hinaus für Notfälle die 40

Kontaktmöglichkeit zur Ambulanz der operierenden Klinik zu eröffnen ist, war auch dies hier unstreitig der Fall, als die Klägerin wegen der aufgetretenen Schmerzen im weiteren Verlauf des OP-Tages fernmündlichen Rat einer Ärztin der chirurgischen Abteilung des Ev. Krankenhauses M erhielt.

Soweit schließlich der Inhalt der telefonisch erteilten ärztlichen Auskunft zwischen den Parteien streitig ist, kommt es auf die strittige Behauptung der Klägerin, man habe ihr - entgegen der Behandlungsdokumentation - nur zur Einnahme von Schmerzmitteln und zum Belassen der Tamponade bis zum nächsten Morgen geraten, nicht an. 41

Zum einen ist die deliktische oder vertragliche Verantwortlichkeit des Beklagten für etwaige Versäumnisse anderer ärztlicher Mitarbeiter des Krankenhauses nicht ersichtlich, nachdem die Klägerin dort als Kassenpatientin und nicht aufgrund eines Behandlungsverhältnisses mit dem Beklagten behandelt worden war. Zum anderen lässt sich die Kausalität der Verzögerung einer fachärztlichen Wiedervorstellung bis zum 20.04.2003 für den Krankheitsverlauf nicht feststellen. Prof. Dr. Dr. M2 hat zur Frage der Ursächlichkeit der hier erst nach 5 Tagen erfolgten Wiedervorstellung im Krankenhaus überzeugend ausgeführt, dass man einen veränderten Komplikationsverlauf nur für den Fall bejahen könne, dass eine von vornherein bestehende Fistelung übersehen worden sei und sich verschlimmert habe; andernfalls habe sich die Fistel (in einer für diese Komplikation typischen Weise) frühestens ab dem 3. postoperativen Tage entwickelt, so dass eine zeitige Wiedervorstellung auf die telefonische Anfrage vom 15.04.2003 hin keinen günstigeren Heilungsverlauf nach sich gezogen hätte. Da nach dem oben Gesagten aber als spekulativ anzusehen ist, ob der Beklagte eine schon am 15.04.2003 bestehende Fistelung übersah, bleibt die Schadensursächlichkeit einer (unterstellten) verzögerten Wiedervorstellung durch die von der Klägerin beanstandete Telefonauskunft nicht feststellbar. 42

5. Nachdem der Beklagte unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt für die streitgegenständlichen Schädigungen der Klägerin haftet, war die Klage auf sein erfolgreiches Rechtsmittel hin mit der Kostenfolge aus § 91 ZPO abzuweisen. 43

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Zif. 10, 711 ZPO. 44

Die Revision war nicht zuzulassen. Es handelt sich um eine Einzelfallentscheidung ohne grundsätzliche Bedeutung. Weder die Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsordnung erfordern die Entscheidung des Revisionsgerichtes. 45