
Datum: 01.09.2008
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 265/07
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2008:0901.3U265.07.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 1 O 267/05

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 08.10.2007 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen 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 am #####1969 geborene Klägerin begehrt von den Beklagten sowohl materiellen als auch immateriellen Schadensersatz (Schmerzensgeldvorstellung 75.000,00 Euro) wegen fehlerhafter Aufklärung und Behandlung im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt vom 25.09.2002 bis zum 14.10.2002 in der M-Klinik der Stadt N, deren Träger die Beklagte zu 1) ist. Der Beklagte zu 3) ist dort als Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie tätig, der Beklagte zu 2) als Stationsarzt der Inneren Abteilung.

1

2

3

Die Klägerin hat behauptet, die Beklagten hätten behandlungsfehlerhaft eine Ende September 2002 aufgetretene Appendizitis erst verspätet diagnostiziert. Bei weiteren, medizinisch notwendigen Befunderhebungen wäre diese – oder die schon vorliegende perforierte Appendizitis – festgestellt worden. Die Operation vom 26.09.2002, die zudem nicht standardgerecht erfolgt sei, wäre dann frühzeitiger durchgeführt worden. Wegen der zögerlichen Behandlung sei auch der Pleuraerguss, der ebenfalls nicht standardgerecht behandelt worden sei, erst verspätet am 01.10.2002 festgestellt worden. In Folge dieser Behandlungsfehler sei es zu schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden bei ihr gekommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des erstinstanzlichen Streitstands wird gemäß § 540 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ZPO auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil Bezug genommen. 5

Das Landgericht Essen hat nach Einholung eines schriftlichen fachchirurgischen Gutachtens und Anhörung des Sachverständigen Dr. P weder Aufklärungs- noch Behandlungsfehler festgestellt und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das Landgericht im Wesentlichen ausgeführt, dass bereits die diagnostischen Untersuchungen in der Inneren Abteilung der Beklagten zu 1) am 25.09.2002 keinen richtungsweisenden pathologischen Befund ergeben hätten. Nach der stationären Aufnahme in der Allgemein- und Viszeralchirurgie der Beklagten zu 1) sei die zutreffende Diagnose eines unklaren Abdomens gestellt und aufgrund der unklaren abdominellen Beschwerdesituation nach der – nicht zu beanstandenden – Methode der aktiven Beobachtung („wait-and-see-Methode“) vorgegangen worden. Sämtliche medizinisch notwendigen Befunderhebungen seien bei der Klägerin durchgeführt worden. Die Operation vom 26.09.2002 sei ebenso unter Beachtung des fachärztlichen Standards durchgeführt worden wie die nachfolgende Behandlung des Pleuraergusses und des Pneumothorax. 6

Soweit die Klägerin Aufklärungsdefizite im Zusammenhang mit der Punktion des Pleuraergusses gerügt habe, könne letztlich der Umfang der erfolgten Aufklärung dahingestellt bleiben, weil bei der Therapie des Pleuraergusses unter Berücksichtigung des Fehlens einer echten Behandlungsalternative schon kein Entscheidungskonflikt der Klägerin gegeben sei und sie sich in jedem Fall für die Durchführung der Punktion entschieden hätte. 7

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit ihrer form- und fristgerechten Berufung, mit der sie unter Wederholung, Vertiefung und Ergänzung ihres erstinstanzlichen Vortrags ihre ursprünglichen Klageanträge weiter verfolgt (bei Klageerweiterung hinsichtlich der vorprozessualen Rechtsanwaltsgebühren) weiter verfolgt und im Wesentlichen geltend macht: 8

Fehlerhaft habe das Landgericht die vom Sachverständigen zugrunde gelegten, aber teilweise streitigen Anknüpfungstatsachen nicht aufgeklärt. Tagelange und fortwährende Leidens- und Elendsäußerungen der Klägerin seien von den Beklagten nicht – und damit auch nicht vom Sachverständigen – berücksichtigt worden. Die Beklagten hätten verkannt, dass gerade die Leukozytose, die Urinleukozytose, die Ketonurie und der erhöhte CRP-Wert auf eine Appendizitis hingedeutet hätten. Die Beklagten hätten versäumt, zwecks Ausschluss einer Appendizitis ein CT und MRT durchzuführen und den „Maßnahmenkatalog“ (Bl. 191 d.A.) abzuarbeiten. Bereits unmittelbar nach der Operation vom 26.09.2002 hätten sich massive Beschwerden wie Atemnot, Rückenschmerzen und Schlaflosigkeit eingestellt, die Beklagten hätten jedoch erst ab dem 29.09.2002 hierauf reagiert. Vor der Pleurapunktion sei sie nicht über das Risiko eines Pneumothorax aufgeklärt worden. 9

Die Klägerin beantragt, 10

unter Aufhebung des am 08.10.2007 verkündeten Urteils des Landgerichts Essen,	11
1.	12
die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie ein angemessenes Schmerzensgeld nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 08.10.2004 zu zahlen,	13
2.	14
festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr sämtliche weiteren materiellen und immateriellen Schäden, die ihr in Zukunft aus der Behandlung in der M-Klinik der Stadt N in dem Zeitraum vom 25.09.2002 bis zum 14.10.2002 entstehen, zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen,	15
3.	16
die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie 2.181,15 Euro vorgerichtliche Rechtsanwaltsgebühren nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.	17
Die Beklagten beantragen,	18
die Berufung zurückzuweisen.	19
Sie verteidigen das angefochtene Urteil und wenden sich weiterhin gegen jegliche Haftung.	20
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und die beigezogenen Behandlungsunterlagen Bezug genommen.	21
Der Senat hat die Klägerin und den Beklagten zu 3) angehört und ergänzend Beweis erhoben durch Vernehmung des Sachverständigen Dr. P.	22
Wegen der Ergebnisse der Anhörungen und der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll und den Berichterstattevermerk zum Senatstermin vom 01.09.2008 Bezug genommen.	23
II.	24
Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg.	25
Nach dem Ergebnis der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme kann nicht festgestellt werden, dass der Klägerin aus der stationären Behandlung vom 25.09. bis 14.10.2002 vertragliche oder deliktische Schadensersatzansprüche gegenüber den Beklagten zustehen.	26
Bei seiner Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Dr. P. Der Sachverständige hat sein Gutachten in jeder Hinsicht fundiert und sachlich überzeugend begründet. Die Kompetenz und Erfahrung des Sachverständigen stehen dabei ebenso außer Zweifel wie dessen Objektivität. Als Chefarzt einer Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie besitzt der Sachverständige sowohl ein fundiertes theoretisches Wissen als auch eine umfassende praktische Erfahrung. Seine Ausführungen beruhen auf einer gründlichen Aufarbeitung der Behandlungsunterlagen. Der	27

Sachverständige hat sämtliche für die Entscheidung maßgeblichen Fragen des Falles klar und eindeutig beantwortet, so dass die Einholung weiterer, ergänzender Gutachten nicht erforderlich war.

1. 28

Die Klägerin kann sich nicht mit Erfolg darauf berufen, das Landgericht habe seine Entscheidung auf streitige, nicht aufgeklärte Anknüpfungstatsachen gestützt, die im Wesentlichen bereits im Schriftsatz vom 15.05.2007 (Bl. 108 ff. d. A.) aufgelistet worden waren. 29

Die seitens der Klägerin in Teilen angegriffene Anamnesedokumentation (Konsum von 40 bis 50 Zigaretten pro Tag; Einnahme des Medikaments Decoclinorin; Herz-Rhythmus-Störungen; Alkoholkonsum) hat der Sachverständige seiner gutachterlichen Bewertung schon nicht zugrunde gelegt, sie sind auch sonst nicht entscheidungserheblich gewesen. Die weiter gerügten Dokumentationsinhalte (keine stationäre Aufnahme der Klägerin am 25.09.2002 wegen Nervosität; Miktion ohne pathologischen Befund; Steatosis-Hepatitis (Leberverfettung) sind sowohl für die Bewertung des Sachverständigen als auch die Entscheidung des Landgerichts ohne Bedeutung gewesen. 30

Soweit die Klägerin rügt, die Dokumentation „bei der stationären Aufnahme seit zwei Tagen Schmerzen im Ober-/Unterbauch“ sei falsch, hat sie erstinstanzlich vorgetragen, sie habe 12 bis 18 Stunden vor der Aufnahme vom 25.09.2002 unter Bauchbeschwerden gelitten. Die Klägerin hat insoweit nicht berücksichtigt, dass der Sachverständige (Bl. 61 d.A.) von heftigsten Schmerzen „seit dem Vortage“ ausgegangen ist. Soweit die Klägerin gerügt hat, die Dokumentation „Verlassen der Klinik am 25.09.2002 auf Wunsch der Klägerin“ sei falsch, hat das Landgericht dies ausdrücklich dahinstehen lassen, weil die Klägerin jedenfalls noch am selben Abend wieder stationär aufgenommen worden ist. Soweit die Klägerin weiter rügt, die dokumentierte „rektale Untersuchung“ sei in der Klinik der Beklagten tatsächlich nicht vorgenommen worden, hat der Sachverständige dazu ausgeführt, dass die rektale Untersuchung in der medizinischen Literatur mehrfach als unnötig oder nicht Wegweisend beschrieben und zur Klärung der aktuellen Appendizitis nicht hilfreich ist. Soweit sie schließlich rügt, einen „Druckschmerz der Bauchdecke“ habe sie bejaht, bleibt unberücksichtigt, dass der Sachverständige (Bl. 65 d.A.) eine Druckschmerzhaftigkeit ausdrücklich als angegeben berücksichtigt hat. 31

2. 32

Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das Landgericht auf der Grundlage des Gutachtens Dr. P keinen Behandlungsfehler (Befunderhebungsfehler, Diagnosefehler, Behandlungsfehler) im Zusammenhang mit der Appendizitis festgestellt. Vielmehr sind die Beklagten insoweit entsprechendem fachlichen Standard vorgegangen. 33

a) 34

Entgegen der Aussicht der Berufung sind nach den Ausführungen des Sachverständigen die präoperativ erhobenen Befunde und Laborwerte nicht verkannt worden, da keine für einen perforierten Appendix richtungsweisenden Ergebnisse vorlagen. Die erhöhten Werte deuteten lediglich allgemein auf irgendeine Entzündung im Bauchraum hin und machten eine sofortige Operation nicht erforderlich. 35

b) 36

- Die Rüge der Klägerin, aufgrund der von ihr geäußerten massiven Beschwerden hätten die Beklagten weitere Untersuchungen vornehmen und so frühzeitiger die Diagnose einer Appendizitis stellen müssen, greift ebenfalls nicht durch. Die Beklagten haben alle medizinisch notwendigen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt. Der Gutachter hat bei seinen Anhörungen in Übereinstimmung mit der schriftlichen Begutachtung dargetan, dass eine nach dem fachlichen Standard gebotene Diagnostik seitens der Beklagten erfolgt ist und Versäumnisse bei der Befunderhebung nicht vorgelegen haben. 37
- Dr. P hat auch bei der Auswertung der Behandlungsunterlagen berücksichtigt, dass die Klägerin in der Zeit ab den frühen Morgenstunden des 25.09.2002, bis zum 26.09.2002 gegen 8.00 Uhr – dem Entschluss zur Operation – heftigste „epigastrische Schmerzen mit Ausstrahlung in den Unterbauch“ bzw. „Bauchschmerzen im Ober- und Unterbauch mit Übelkeit und Erbrechen“ und auch „stärkste abdominelle Schmerzen“ angegeben hat. Auch die Pflegedokumentation beschreibt für diesen Zeitraum mehrfach Schmerzäußerungen der Klägerin. 38
- Das diagnostische Management auf der Inneren Abteilung der Beklagten zu 1) hinsichtlich dieser unklaren akuten „Bauchschmerzen“ entsprach dem zu fordernden Facharztstandard. Aus den Arztbriefen vom 25.09. und 24.10.2002 – gerichtet an den Hausarzt der Klägerin – ergibt sich zudem, dass die behandelnden Ärzte die in den Unterbauch verlagerten Schmerzen durchaus als mögliches Symptom einer Appendizitis bewertet hatten, sich hierfür aber keine sicheren Hinweise ergeben hatten. 39
- Auch das diagnostische Management auf der Allgemein- und Viszeralchirurgischen Abteilung der Beklagten ist nach den Ausführungen des Sachverständigen nicht zu beanstanden. Aufgrund der unklaren abdominellen Beschwerdesituation der Klägerin sind die behandelnden Ärzte dort – nach einer umfassenden klinischen Untersuchung – nach dem Konzept der aktiven Beobachtung sachgerecht vorgegangen. In einem solchen Fall besteht zwar die Verdachtsdiagnose einer akuten Appendizitis, die Befundlage ist aber unklar und eine sofortige Appendektomie deshalb nicht gerechtfertigt. Unter dieser Vorgehensweise erfolgte hier am 26.09.2002 gegen 8.00 Uhr durch den Beklagten zu 3) die Indikationsstellung zur diagnostischen Laparoskopie, bei der auch die zeitliche Vorgehensweise der „aufgeschobenen Dringlichkeit“ nicht zu beanstanden ist. 40
- Für einen solchen Fall, in dem – wie hier – bei unklaren abdominellen Beschwerden die Diagnose einer akuten Appendizitis nicht sicher gestellt werden kann, hat der Sachverständige Dr. P die kontrollierte Beobachtung des Patienten unter stationären Bedingungen in Form der „aktiven Beobachtung“ über einen Tag als ein probates Behandlungskonzept bezeichnet, das im Zeitpunkt der Behandlung dem medizinischen Standard entsprach. 41
- Der Sachverständige hat dazu erläutert, dass man – im Unterschied zur früher vertretenen „Mut- und Messer-Chirurgie“, die hier aus der maßgeblichen Sicht des damaligen Behandlers auf keinen Fall die bessere Wahl gewesen wäre – heute eher bereit ist, 24 Stunden abzuwarten, als eine frühzeitige Operation durchzuführen. Denn die Komplikationsrate bei einer tatsächlich nicht gegebenen Appendizitis ist höher als diejenige, die aus einem Abwarten entstehen kann. Deshalb wird nur bei Vorliegen ganz eindeutiger Zeichen – z.B. freie Luft im Bauchraum – ein akuter Bauch sofort operiert. 42
- Entgegen der Behauptung der Klägerin war es im Rahmen der Befunderhebung schriftlich nicht erforderlich, eine Sonographie des Abdomens, eine Farbdoppler-Sonographie, ein CT oder ein MRT durchzuführen. Der Sachverständige Dr. P hat das nicht bestätigt. Unter 43

Studienbedingungen sind unterstützende bildgebende Verfahren, klinische Scoring-Systeme oder auch Computermodelle zwar praktikable Instrumente, sie können jedoch in der klinischen Situation die „Treffsicherheit“ eines erfahrenen Klinikern nicht entscheidend erhöhen. Insbesondere Ultraschall und CT bieten gegenüber den herkömmlichen Methoden keine größeren Erkenntnisquellen. So ist bekannt, dass die bildgebenden Daten etwa 24 Stunden hinter dem Krankheitsbild „hinterher hinken“.

c) 44

Auch die Rüge der Klägerin, die Beklagten hätten im Rahmen der klinischen Untersuchung keine sorgfältige Palpation des Abdomens im Sinne des in der Berufungsbegründung (Bl. 191 d.A.) aufgelisteten „Maßnahmenkataloges“ durchgeführt, greift nicht durch. 45

So hat die Klägerin bereits in ihrer Anhörung vor dem Landgericht (Bl. 130 d.A.) bestätigt, dass im Rahmen der klinischen Untersuchung auch ihr Bauchraum „untersucht und abgeklopft“ wurde. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. P ist es zwar zutreffend, dass es bei der Palpation des Abdomens eine Reihe von Schmerzpunkten bzw. Palpationszeichen gibt, die typisch für das Vorliegen einer Appendizitis sind. Es ist aber zu berücksichtigen, dass der Arzt, der den Bauchraum abtastet und abklopft, dabei quasi automatisch eine Vielzahl der von der Klägerin aufgeführten Zeichen gleich mit durchführt. Zudem ist es aus medizinischen Gründen völlig ausreichend, nur die positiven Zeichen zu dokumentieren, nicht jedoch auch die negativen Ergebnisse. Im präoperativen Bereich ist danach insgesamt kein Behandlungsfehler festzustellen. Die standardgemäße Ausführung der Operation vom 26.09.2002, in die die Klägerin nach Aufklärung eingewilligt hatte, ist nicht Gegenstand der Berufungsangriffe. 46

3. 47

Es kann auch nicht festgestellt werden, dass den Beklagten im Zusammenhang mit dem unstreitig eingetretenen Pleuraerguss im Rahmen der postoperativen Versorgung Behandlungsfehler vorzuwerfen sind. 48

a) 49

Entgegen der Behauptung der Klägerin steht fest, dass die Beklagten zeitnah zu den geklagten Beschwerden entsprechende Befunden erhoben haben. Soweit die Klägerin behauptet, sie habe bereits unmittelbar nach der Operation vom 26.09.2002 über massive Atemnot geklagt, die Beklagten seien wegen dieser Beschwerden aber erst ab dem 29.09.2002 diagnostisch tätig geworden, verkennt sie den medizinischen Zusammenhang. Vielmehr ist nach den Ausführungen des Sachverständigen zwischen der bereits vorhandenen Kurzatmigkeit der Klägerin und ihren atemabhängigen Thoraxschmerzen zu differenzieren. Hinweise für eine verzögerte Diagnostik liegen aber zu beiden Symptomen nicht vor: 50

Hinsichtlich der Kurzatmigkeit finden sich bereits vom Aufnahmetag bis zum Entlassungstag entsprechende Eintragungen in der Pflegedokumentation. Der Beklagte zu 2) hatte eine Kurzatmigkeit bereits bei der Erstvorstellung der Klägerin festgestellt. Eine eingeschränkte pulmonale Leistungsfähigkeit war bei der Klägerin aufgrund ihrer Anamnese (Raucherin, BMI größer 30) ohnehin als wahrscheinlich zu erachten. Zudem ist es am 29.09.2002 nach der Gabe entsprechender Medikamente (Bronchospasmolyticum und Sedativum) auch zu einer Besserung der Kurzatmigkeit gekommen. 51

Erstmals für den 01.10.2002 ist in den Krankenunterlagen dokumentiert, dass die Klägerin nunmehr auch über atemabhängige Thoraxschmerzen klagte. Nach den Ausführungen des Sachverständigen ist dem Pleuraerguss zeitgerecht und insbesondere Befund adaptiert in Diagnostik und Therapie nachgegangen worden. So hat die Klägerin in ihrer Anhörung vor dem Senat bestätigt, dass sie am 30.09.2002 über Heiserkeit geklagt habe und noch am selben Tag eine entsprechende klinische Untersuchung erfolgt sei. Ebenfalls wurden ein HNO-Konsil und eine Röntgenkontrolle durchgeführt. Die radiologische Befundung der Thoraxaufnahmen vom 01.10.2002 ergab eine deutliche Ergussbildung sowie pneumonisches Infiltrat. Diesem Befund wurde am 02.10.2002 in Form einer sonographischen Pleuraerguss-Darstellung nachgegangen. Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang ausdrücklich bekräftigt, dass eine bildgebende Diagnostik vor dem 29.09.2002 nicht erforderlich war, weil eine Ergussbildung nicht frühzeitiger hätte festgestellt werden können. Zudem wäre durch eine frühzeitige bildgebende Diagnostik ohnehin nicht der Heilungsverlauf verkürzt worden. Hinweise auf eine verzögerte Diagnostik liegen damit nicht vor. Eine Vernehmung der vorbereitend geladenen Zeuginnen war nicht erforderlich, da nach den Angaben des Sachverständigen schon auf der Grundlage der eigenen Äußerungen der Klägerin kein Behandlungsfehler der Beklagten im postoperativen Bereich feststellbar ist.

b) 53

Entgegen der Behauptung der Klägerin liegen auch keine Hinweise für eine fehlerhafte Behandlung des Pleuraergusses vor. Mit dem Volumen von 500 ml war bei der Klägerin – selbst in der „ex post-Betrachtung“ – genau die Flüssigkeitsmenge erreicht, von der ab eine Punktion überhaupt vorgenommen werden sollte („Brake-even-point“). Selbst wenn entgegen der Dokumentation und den eigenen Angaben der Klägerin beim Landgericht tatsächlich kein Ultraschallgerät bei der Punktion eingesetzt worden sein sollte, wäre die Punktion deshalb nicht fehlerhaft durchgeführt worden, wie der Sachverständige bei seiner landgerichtlichen Anhörung ausgeführt hat. 54

4. 55

Die Klägerin kann sich schließlich nicht mit Erfolg darauf berufen, sie sei vor der Operation (Pleurapunktion) nicht über das Risiko eines Pneumothorax aufgeklärt worden. Das Landgericht hat zu Recht festgestellt, dass es sich bei der Therapie eines Pleuraergusses um eine notfallmäßige Behandlung ohne echte Behandlungsalternative handelt und schon deshalb bei der Klägerin kein plausibler Entscheidungskonflikt vorgelegen hat. 56

Dem ist die Klägerin mit der Berufung nicht entgegen getreten, so dass jedenfalls von einer hypothetischen Einwilligung auszugehen ist. 57

5. 58

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 59

Die Revision war nicht zuzulassen, denn die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. 60
