
Datum: 22.09.2008
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 35/08
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2008:0922.3U35.08.00

Vorinstanz: Landgericht Paderborn, 4 O 6/06

Tenor:

Die Berufung der Kläger gegen das am 14.07.2007 verkündete Urteil des Einzelrichters der 4. Zivilkammer des Landgerichts Paderborn wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Gründe

I.

Die Kläger sind Miterben der am #####1928 geborenen und am #####2002 an den Folgen eines inoperablen Transversum- und Sigmakarzinoms verstorbenen I3.

In der Zeit von Februar 2000 bis Juli 2002 war Frau I insgesamt 5 mal in stationärer Behandlung in der medizinischen Abteilung im Krankenhaus der Beklagten zu 1); der Beklagte zu 2) ist dort als Chefarzt tätig. Die Kläger haben erstinstanzlich von den Beklagten die Zahlung eines ererbten Schmerzensgeldes (Vorstellung: 5.100,-- Euro) sowie die Feststellung der Ersatzpflicht hinsichtlich eigener immaterieller Schäden der Klägerin verlangt, und zwar wegen angeblich unvollständiger therapeutischer Aufklärung und fehlerhafter Behandlung (unzureichende diagnostische Abklärung) im Zusammenhang mit den 4 stationären Aufenthalten der Patientin I in der Zeit von Februar 2000 bis Januar 2002. Wegen des genauen Behandlungsablaufs und der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird gem. § 540 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 ZPO auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil Bezug genommen.

1

2

3

4

Das Landgericht Paderborn hat nach Einholung eines schriftlichen Gutachtens nebst Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. I4 weder Aufklärungs- noch Behandlungsfehler festgestellt und die Klage abgewiesen. Gegen dieses Urteil wenden sich die Kläger mit ihrer form- und fristgerecht eingelegten Berufung.	5
Die Kläger verfolgen mit ihrer Berufung unter Wiederholung, Vertiefung und Ergänzung ihres bisherigen Vortrages ihr erstinstanzliches Begehren weiter.	6
Die Kläger beantragen,	7
das Urteil des Landgerichts Paderborn vom 14. Dezember 2007 zum Geschäftszeichen 4 O 6/06 auf die Berufung der Kläger aufzuheben und die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Kläger sowie an Herrn I und Frau I2 als weitere Miterben nach Frau I3 ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld, mindestens aber 5.100,-- Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab Klagezustellung zu zahlen, sowie	8
festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin den eigenen immateriellen Schaden zu ersetzen, der ihr durch die fehlerhafte Behandlung der verstorbenen Frau I3 durch den Beklagten zu 2) am 03.05.2001 oder am 04.05.2001 sowie im Januar 2002 im Haus der Beklagten zu 1) künftig noch entstehen wird.	9
Die Beklagten beantragen,	10
die Berufung zurückzuweisen.	11
Die Beklagten verteidigen das angefochtene Urteil und wenden sich unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens weiterhin gegen jegliche Haftung.	12
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und die im Sitzungsprotokoll genannten Behandlungsunterlagen ergänzend Bezug genommen.	13
Die Ermittlungsakte 310 Js 53/04 der Staatsanwaltschaft Paderborn lag vor und war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.	14
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. I4. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 22.09.2008 Bezug genommen.	15
II.	16
Die zulässige Berufung der Kläger bleibt ohne Erfolg.	17
Auch nach dem Ergebnis der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme kann nicht festgestellt werden, dass den Klägern aus der ärztlichen Behandlung der Frau I3 in der Zeit von Februar 2000 bis Januar 2002 ererbte vertragliche oder deliktische Schadensersatzansprüche bzw. – soweit es die Klägerin betrifft – eigene deliktische Schadensersatzansprüche gegenüber den Beklagten entstanden sind. Die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat weder einen Diagnosefehler noch einen Befunderhebungsfehler noch einen sonstigen Behandlungsfehler im Rahmen der medizinischen Versorgung der Patientin I ergeben.	18

Bei der Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. I4. Der Sachverständige hat sich eingehend mit dem Ablauf der Behandlung der Patientin I befasst und sein Gutachten unter Einbeziehung der Kommissionsgutachten Dr. O (04.08.2003) und Dr. B2 (12.01.2004) in jeder Hinsicht fundiert und sachlich überzeugend bei seiner Anhörung vom 22.09.2008 erläutert. Die Kompetenz und Erfahrung des Sachverständigen stehen dabei ebenso außer Zweifel wie seine Objektivität. Der Sachverständige besitzt als Chefarzt einer medizinischen Klinik sowohl ein fundiertes theoretisches Wissen als auch eine umfassende praktische Erfahrung. Die Ausführungen des Sachverständigen beruhen auf einer gründlichen Aufarbeitung der Behandlungsunterlagen und des bildgebenden Materials. Der Sachverständige hat sämtliche für die Entscheidung maßgeblichen Fragen beantwortet, so dass die Einholung weiterer Gutachten nicht erforderlich war.

Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen, die mit den Bewertungen der Kommissionsgutachter übereinstimmen, kann nicht festgestellt werden, dass die Beklagten anlässlich der medizinischen Versorgung der verstorbenen Frau I medizinisch gebotene Befunde aufgrund unzureichender Untersuchung nicht erhoben hätten oder die erhobenen Befunde vorwerfbar fehlerhaft beurteilt hätten. Der Sachverständige hat bei seiner Anhörung durch den Senat zu den einzelnen Einwendungen der Kläger Stellung genommen und nachvollziehbar dargestellt, dass zum Zeitpunkt der Behandlungen durch die Beklagten keine Anzeichen eines Karzinoms im Darm der Patientin I vorgelegen haben. 20

1. 21

Es kann folglich nicht festgestellt werden, dass die Beklagten es im Rahmen der streitgegenständlichen Behandlungen unterlassen hätten, medizinisch gebotene Befunde zu erheben. Soweit die Kläger das Gutachten Prof. Dr. I4 als unzureichend ansehen, weil der Sachverständige nicht in einer Gesamtschau auf die Frage möglicherweise „anwachsender Verdachtsmomente“ eingegangen sei, können sie hiermit nicht durchdringen. 22

a. 23

Prof. Dr. I4 hat überzeugend ausgeführt, dass während des stationären Aufenthalts vom 25.02. bis 10.03.2000 keinerlei Anhaltspunkte für die Vornahme einer Koloskopie bestanden. Bei einem Hb-Wert von 13,3 g/dl lag auch keine Anämie vor, die ggfls. weitere diagnostische Maßnahmen erfordert hätte. Auch Durchfälle und Obstipationen bestanden zu dieser Zeit noch nicht. 24

b. 25

Während des stationären Aufenthalts vom 19.10. bis 27.10.2000 war die Anämie zwar bekannt, eine endoskopische Abklärung war zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht indiziert. 26

c. 27

Während des stationären Aufenthalts vom 02.05. bis 03.05.2001 wurde durch den Beklagten zu 2) eine Koloskopie durchgeführt, die mit Ausnahme eines Divertikels (Durchmesser 5 mm) keinen pathologischen Befund erbrachte. Der Sachverständige hat hierzu im Senatstermin ergänzend ausgeführt, dass die Auswertung der ihm übersandten Videokassette zu keiner veränderten Beurteilung des Koloskopiebefundes des Beklagten zu 2) geführt hat. Die Videokassette beinhalte zwar nicht die vollständige Aufzeichnung der Koloskopie vom 03.05.2001, die zur Verfügung stehende Sequenz biete aber keine neuen Aspekte. Der 28

gesamte dargestellte Bereich des Dickdarms sei insoweit ohne Auffälligkeiten gewesen.

Entgegen der Behauptung der Kläger war es jedoch nicht erforderlich, wegen des Divertikels eine Biopsie vorzunehmen, um hierdurch eine bösartige Erkrankung auszuschließen. Vielmehr bestand und bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass das Divertikel der Beginn der später festgestellten Geschwulsterkrankung gewesen wäre. 29

Divertikel sind insbesondere bei älteren Menschen häufig gefundene Veränderungen der Darmwand, die nicht bioptisch abgeklärt werden müssen. Die Kläger verkennen in diesem Zusammenhang den medizinischen Aspekt, dass über 90 % der Karzinome im Dickdarm sich nicht aus Divertikeln, sondern aus Polypen entwickeln. Während es sich bei einem Divertikel um eine Art von Bindegewebsschwäche handelt, die zu Aussackungen der Darmwand führt und ohne jede pathologische Relevanz ist, ist ein Polyp eine Art von Vorläuferläsion eines potentiellen des Darmkrebses. Wäre bei der Patientin I am 03.05.2001 ein Polyp entdeckt worden, dann hätte der Beklagte zu 2) in Anwendung der AWMF-Leitlinie „kolorektales Karzinom“ (Nr. 021/007) auch zwingend eine Biopsie vornehmen müssen. Der Sachverständige hat in der Anhörung bekräftigt, dass (allein) bei Vorliegen eines Divertikels sicher keine Biopsie vorzunehmen ist. 30

Im Hinblick darauf bestand auch keinerlei Verpflichtung der behandelnden Ärzte, die Patientin I dahingehend aufzuklären, dass mit einer Biopsie des Divertikels der Ausschluss einer bösartigen Erkrankung erfolgen könnte. Der Sachverständige hat die Vornahme einer solchen Aufklärung ausdrücklich als „abwegig“ bezeichnet. 31

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Koloskopie vom 03.05.2001 wegen des Verdachts auf Vorliegen eines Reizdarms (Kolitis) durchgeführt wurde, dieser Verdacht sich jedoch nicht bestätigt hat; die Diagnose „Reizdarmsyndrom“ wurde ausdrücklich nicht gestellt. Dementsprechend ergab sich auch keine Notwendigkeit für weitergehende diagnostische Maßnahmen. Die vorgefundenen vermehrten Gefäßinjektionen waren nach den Ausführungen des Sachverständigen lediglich als Zeichen einer sehr diskreten Darmentzündung zu werten, die aber keine Biopsie erforderten. Auch die unklaren und mit Opstipationen abwechselnden Diarrhöen konnten ihre Ursache jedenfalls zu dieser Zeit nicht in einem Darmkarzinom haben. 32

d. 33

Während des stationären Aufenthaltes vom 17.01. bis 22.01.2002 war aus der maßgeblichen Sicht ex ante keine erneute Koloskopie und auch keine CT-Untersuchung medizinisch geboten. 34

Weder aus den bildgebenden Untersuchungen (Röntgen-Abdomen) noch aus der Ultraschalluntersuchung (Sonographie-Abdomen), noch aus der Oesophago-Gastro-Duodenoskopie hatten sich Anhaltspunkte für einen Ileus, eine evtl. Veränderung am Kolon oder etwa ein Kolonkarzinom ergeben. Unter abführenden Maßnahmen besserte sich der Abdominalbefund sogar zügig. Die – seit August 2000 bekannte – Anämie gab ebenfalls keinen Anlass zu weiterer Diagnostik, weil diese nach der Bestimmung des Ferritin (Ausdruck der Körpereisenspeicher) zutreffend als Eisenmangelanämie eingeordnet wurde. 35

Entscheidend ist hier insoweit der Aspekt, dass den Beklagten eine vollkommen unauffällige Koloskopie vorlag, die erst vor etwa 9 Monaten durchgeführt worden war. Das begründete bereits für sich allein genommen die sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass bei der Patientin I kein Kolonkarzinom vorlag. Unter diesen Umständen waren auch die bei der Patientin I 36

vorliegenden Durchfälle und Opstipationen kein Anlass für eine abweichende Beurteilung und mussten jedenfalls im Hinblick auf ein möglicherweise vorliegendes Kolonkarzinom auch nicht weiter abgeklärt werden. Nach den Ausführungen des Sachverständigen war die unklare Ursache der Diarrhöen möglicherweise in der mehrmonatigen Antibiotikatherapie oder auch der antidiabetischen Therapie zu finden. Konkret war die Patientin I – entgegen der Darstellung der Kläger – auch nicht wegen der Durchfälle vom Hausarzt zur stationären Behandlung überwiesen worden. Vielmehr lagen kolikartige Bauchschmerzen und eine Opstipationsneigung vor, aus denen der ursprüngliche Verdacht auf Vorliegen eines Ileus resultierte.

Vor diesem Hintergrund – Kontrollkoloskopie nicht zwingend erforderlich – ist es deshalb letztlich auch ohne Bedeutung, ob überhaupt und aus welchen Motiven die Beklagten im Januar 2002 eine Koloskopie durchführen wollten und aus welchen Gründen dies nicht geschehen ist. Nur ergänzend ist insoweit anzumerken, dass nach Auswertung der Behandlungsunterlagen keinerlei Anhaltspunkte dafür ersichtlich sind, dass die Beklagten während des Behandlungszeitraums vom 17.01. bis 22.01.2002 tatsächlich die Durchführung einer Koloskopie geplant hatten, so dass der Inhalt des streitigen Telefonats zwischen den behandelnden Ärzten der Beklagten und dem Hausarzt der Patientin I (Dr. B auch nicht zu einem „Verzicht“ darauf geführt haben kann. Darüber hinaus ist nach den Angaben des Sachverständigen spekulativ, ob und welches Ergebnis eine Koloskopie im Januar 2002 erbracht hätte.

Der Sachverständige Prof. Dr. I4 hat schließlich im Senatstermin bekräftigt, dass gegenüber der Patientin I auch keine – von den Klägern als fehlend gerügte – „Sicherungsaufklärung“ des Inhalts vorzunehmen war, dass man keine erneute Koloskopie durchführen werde. Eine solche war in dieser Situation aus medizinischen Gründen schon deshalb nicht indiziert, weil die unauffällige Koloskopie vom Mai 2001 erst etwa 9 Monate zurücklag.

2. 39

Die Ergebnisse der Kommissionsgutachten führen zu keiner anderen Bewertung. 40

Der Kommissionsgutachter Dr. B2 hat ausgeführt, dass der Beklagte zu 2) mit der Koloskopie vom 03.05.2001 den „Goldstandard“ an Diagnostik zum Ausschluss eines Kolorektalkarzinoms erfüllte. Vor dem Hintergrund des unauffälligen Ergebnisses haben die Kommissionsgutachter Dr. O und Dr. B2 übereinstimmend ausgeführt, dass auch unter Berücksichtigung der AWMF-Leitlinie Nr. 021/007 (Koloskopie alle 5 bis 10 Jahre) im Januar 2002 eine erneute koloskopische (Kontroll-) Untersuchung zum Ausschluss eines Karzinoms nicht zwingend erforderlich war.

3. 42

Die prozessualen Nebenentscheidungen resultieren aus den §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO. Eine Zulassung der Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO war nicht geboten. 43

Das Urteil beschwert die Kläger mit weniger als 20.000,-- Euro. 44