
Datum: 18.09.2009
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 23/09
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2009:0918.26U23.09.00

Vorinstanz: Landgericht Bochum, 6 O 22/07

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 26. November 2008 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten der Berufung.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung von 110% des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn die Beklagten nicht vorher Sicherheit in dieser Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

1

I.

2

Der Kläger verlangt von den Beklagten Schadensersatz aufgrund einer vermeintlichen ärztlichen Fehlbehandlung.

3

Am 10.10.2003 stellte sich der Kläger in der Angiologischen Ambulanz der gefäßchirurgischen Abteilung des Krankenhauses X vor, deren Chefarzt der Beklagte zu 1) ist. Die Untersuchungen ergaben eine periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Mehretagentyp beidseits im fortgeschrittenen Stadium IIb – III. Eine deshalb am 17.10.2003 ergänzend durchgeführte Becken-Bein-Angiographie zeigte ausgeprägte arteriosklerotische Veränderungen im Bereich der Beckenetape sowie hochgradige Stenosierungen der Arteria femoralis superficialis beidseits, woraufhin der Beklagte zu 1) die Indikation für eine

4

Bypassoperation stellte.

Der Kläger wurde daraufhin am 07.11.2003 im Krankenhaus X stationär aufgenommen und dort noch am selben Tag mit Hilfe eines schriftlichen Aufklärungsbogens über Art und Umfang der beabsichtigten Bypassoperation sowie über mögliche Folgen, Risiken und Komplikationen aufgeklärt. 5

Nach weiteren Voruntersuchungen wurde der Kläger anschließend am 10.11.2003 von den Beklagten operiert. Bei dem Eingriff fanden sich ausgeprägte Verwachsungen der gesamten Bauchhöhle, die es den Beklagten unmöglich machten, die Aorta in ihrem infrarenalen Anteil freizupräparieren. Die Beklagten entschlossen sich daher, die Aorta im infradiafragmatischen Bereich freizulegen und die Prothese oberhalb der Nierenarterien und unterhalb des Zwerchfells mit der Bauchschlagader zu verbinden. 6

Postoperativ kam es bei dem Kläger am Nachmittag des folgenden Tages vermehrt zu einer galligartigen Sekretion aus der Leistendrainage. Eine deshalb durchgeführte CT-Untersuchung ergab eine Verletzung des Zwölffingerdarms, woraufhin der Kläger am 12.11.2003 nochmals operiert wurde. Nach dem Verschluss der Leckage durch den Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie entfernte der Beklagte zu 1) die zuvor implantierte Y-Prothese. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Klägers verzichtete er anschließend auf den eine erhebliche Erweiterung des Eingriffs erfordernden Versuch, die Durchblutung durch die Implantation eines neuen Bypasses wieder zu verbessern. 7

Am 23.11.2003 zeigte der Kläger dann erstmals Zeichen einer Durchblutungsstörung im Bereich des rechten Unterschenkels. Noch am gleichen Tag nahm der Beklagte zu 2) deshalb eine Fascienspaltung an der rechten Unterschenkelmuskulatur vor. Bei einer am folgenden Tag – dem 24.11.2003 – durchgeführten Wundrevision zeigte sich jedoch, dass die Muskulatur des Klägers bereits irreversibel geschädigt war und deshalb im Bereich der Tibialis anterior Loge entfernt werden musste. Am 25.11.2003 implantierten die Beklagten dem Kläger schließlich einen axillo-poplitealen Kunststoffbypass. 8

Im Verlauf der weiteren Behandlung auf der Intensivstation entwickelte der Kläger einen Dekubitalfersenulcus rechts, den die Beklagten – nachdem der Kläger am 09.12.2003 wieder auf die Allgemeinstation worden war - mit Salben und Verbänden (weiter-) behandelten. 9

Am 03.01.2004 kam es bei dem Kläger dann noch zu einem akuten Verschluss des axillo-poplitealen Kunststoffbypasses, der durch eine operative Thrombektomie behandelt werden musste. Darüber hinaus entwickelte der Kläger einen retroperitonealen Abszess, der durch einen weiteren Eingriff am 25.02.2004 ausgeräumt wurde. Am 22.03.2004 konnte der Kläger schließlich aus der stationären Behandlung entlassen werden. 10

Der Kläger hat den Beklagten Aufklärungs- sowie Behandlungsfehler vorgeworfen und deshalb eine Schmerzensgeld von 125.000,00 € zzgl. einer monatlichen Rente von 200,00 € sowie die Feststellung verlangt, dass ihm die Beklagten als Gesamtschuldner zum Schadensersatz verpflichtet sind. 11

Er hat behauptet, die Beklagten hätten bei der Entscheidung zur Implantation einer Y-Prothese berücksichtigen müssen, dass es Verwachsungen im Bereich der Bauchhöhle geben könne. Spätestens aber nach der Feststellung der Verwachsungen hätten sie die Operation abbrechen müssen, so dass die Entscheidung, die Aorta im infrarenalen freizulegen, fehlerhaft erfolgt sei. Bei dem danach nicht indizierten und mittels einer grob fehlerhaft gewählten Methode durchgeführten Eingriff sei es dann zu einer Eröffnung des 12

Zwölffingerdarms gekommen, die die Beklagten intraoperativ indes nicht festgestellt hätten. Nach der deshalb notwendigen Operation vom 12.11.2003 hätte ferner zur Sicherstellung der Durchblutung des Beines kurzfristig eine interventionelle Katheterdilatation erfolgen müssen, deren Unterlassung zu einer irreversiblen Schädigung seiner Muskulatur geführt habe. Der anschließend entstandene Dekubitalfersenulcus hätte zudem bei ordnungsgemäßer Behandlung nicht entstehen dürfen und sei auch nicht ordnungsgemäß behandelt worden. Auch wäre die später am 03.01.2004 durchgeführte Thrombektomie bei ordnungsgemäß durchgeführten Voroperation vermeidbar gewesen und die unzureichende Abheilung des retroperitonealen Abszesses beruhe ebenfalls auf einem Fehlverhalten der Beklagten. Anschließend sei er dann auch noch in einem schwer kranken und nach wie vor nicht geheilten Zustand aus der stationären Behandlung entlassen worden.

Über die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung, insbesondere eine Ballondilatation mit möglicher Stentimplantation, sei er schließlich nicht aufgeklärt worden. Eine Aufklärung über die Risiken des Eingriffs habe es ebenfalls nicht gegeben und es habe auch jeder Hinweis auf die wegen der Narbenplatte zu erwartenden Operationsschwierigkeiten gefehlt. 13

Wegen des weiteren Sachverhalts und der in erster Instanz gestellten Anträge wird auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils Bezug genommen. 14

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Nach dem nachvollziehbaren, überzeugenden und widerspruchsfreien Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. K könne nicht festgestellt werden, dass die Behandlung des Klägers durch die Beklagten im Rahmen des operativen Eingriffs vom 10.11.2003 sowie der sich daran anschließenden Behandlung und der weiteren Eingriffe tatsächlich fehlerhaft gewesen sei und die jeweiligen operativen Eingriffe durch die Beklagten zu 1) und 2) nicht lege artis ausgeführt worden seien. Der Sachverständige habe zunächst ausgeführt, dass der operative Eingriff vom 10.11.2003 medizinisch indiziert gewesen sei und auch die Methode der Wahl. Die technische Durchführung sei im Ergebnis ebenfalls nicht fehlerhaft gewesen, obwohl der Beklagte zu 1) letztlich einen risikoreichen Weg gewählt habe. Auch das Vorgehen bei der Revisionsoperation am 12.11.2003 und nach dem Auftreten der akuten Durchblutungsbeeinträchtigung sei nach Meinung des Sachverständigen nicht zu beanstanden. Auch der Anfang Januar 2004 eingetretene Verschluss des implantierten Bypasses beruhe nicht auf einer fehlerhaften Behandlung und es lasse sich ferner nicht feststellen, dass die nachträglich eingetretene Wundheilungsstörung und Infektion auf ein ärztliches Fehlverhalten zurückzuführen seien. Auch auf eine Aufklärungspflichtverletzung könne der Kläger seine Ansprüche nicht stützen, denn die dokumentierte Aufklärung entspreche nach den Ausführungen des Sachverständigen den medizinischen Anforderungen. Es sei insbesondere vertretbar gewesen, die Operation vom 10.11.2003 nicht abzubrechen, um erneut die Vorgehensweise mit dem Kläger zu besprechen. 15

Mit seiner Berufung hält der Kläger daran fest, dass das Verfahren bei der Operation vom 10.11.2003 fehlerhaft gewesen sei. Die Operation hätte als einzig risikolose Maßnahme abgebrochen werden müssen, nachdem die ursprünglich geplante Maßnahme aufgrund der vorhandenen Verwachsungen nicht mehr zu verwirklichen gewesen sei. Er – der Kläger – sei zudem nicht über ein etwaig höheres Risiko beim Wechsel der Operationsmethode aufgeklärt worden. Da es aber in der Hand des Patienten liege, ob und wie er sich operieren lassen wolle, hätte eine solche Aufklärung erfolgen müssen. 16

Der Kläger beantragt abändernd 17

18

1.	die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch in Höhe von 125.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz und ab 22.03.2004 eine monatliche Rente in Höhe von mindestens 200,00 € nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen;	
2.	festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm weiteren Schaden, soweit die Ansprüche nach der letzten mündlichen Verhandlung entstehen, aus dem Behandlungsfehler in der Zeit vom 07.11.2003 bis 22.03.2004 zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf die Sozialversicherungsträger oder Dritte übergehen.	19
	Die Beklagten beantragen,	20
	die Berufung zurückzuweisen.	21
	Sie verteidigen das angefochtene Urteil und behaupten, mit dem Kläger sei auch eine etwaige Erweiterung der Operation vom 10.11.2003 besprochen worden. Er – der Kläger – habe daher in den Eingriff eingewilligt, zumal kein wesentlich risikoreicheres Verfahren gewählt worden sei.	22
	Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines mündlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. K. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Berichterstatteervermerk vom 18.09.2009 Bezug genommen.	23
<u>II.</u>		24
	Die Berufung hat keinen Erfolg.	25
	Der Kläger hat gegen die Beklagten keinen Anspruch auf Schadensersatz aus den als Anspruchsgrundlage allein in Betracht kommenden §§ 823 I, 840, 253 II BGB.	26
1.		27
	Das Landgericht hat zu Recht festgestellt, dass dem Kläger mangels eines Behandlungsfehlers kein Schadensersatzanspruch zusteht. Der Kläger ist vielmehr auch nach dem Ergebnis der durch den Senat durchgeführten Beweisaufnahme von den Beklagten insgesamt sach- und fachgerecht behandelt worden.	28
	In der medizinischen Bewertung der Behandlung folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. K, der den Behandlungsverlauf nach einer vollständigen Auswertung aller vorhandenen Krankenunterlagen überzeugend und widerspruchsfrei gewürdigt hat.	29
	Danach war zunächst die Operation vom 10.11.2003 uneingeschränkt indiziert. Der Kläger litt damals unter langstreckigen Gefäßverschlüssen, die als sog. TASC-D Läsionen einzustufen waren. Bei Gefäßveränderungen dieses Ausmaßes bestand zumindest noch im Jahr 2003 eine eindeutige Indikation zur operativen Implantation einer Y-Prothese.	30
	Auch den Eingriff selbst haben die Beklagten fehlerfrei ausgeführt. Sie haben nach der Eröffnung der Bauchhöhle ausgedehnte Darmverwachsungen festgestellt, die nach der Anamnese weder zu erwarten noch präoperativ zu diagnostizieren waren. Die von den Beklagten daraufhin getroffene Entscheidung für einen kranialen Anschluss der Y-Prothese	31

an die suphrenische Aorta entsprach dem medizinischen Standard und war deshalb nicht fehlerhaft. Der ursprünglich vorgesehene Anschluss der Prothese unmittelbar unter den Nieren war demgegenüber nicht mehr zu verwirklichen. Die Freilegung der Aorta in diesem Bereich hätte es erfordert, die Verwachsungen zu lösen und den Dünndarm beiseite zu legen, was indes wegen der damit verbundenen Gefahr von Darmverletzungen mit der Folge einer anschließenden Kontamination der Prothese unbedingt zu vermeiden war.

Die während der – demnach zulässig fortgeführten – Operation dann verursachte Verletzung des Duodenums ist schicksalhaft eingetreten und beruht ebenfalls nicht auf einem Behandlungsfehler. Bei dem von den Beklagten gewählten (erweiterten) Operationsverfahren muss die Prothese ohne Sicht durch das Retroperitoneum gezogen werden, wobei die dort gelegenen Organe verletzt werden können und deshalb ein gegenüber dem ursprünglich vorgesehenen Eingriff erhöhtes Operationsrisiko besteht. Dieses Risiko hat sich bei dem Kläger mit einer Verletzung des Zwölffingerdarms verwirklicht. 32

Die Darmverletzung selbst ist anschließend jedoch schnell erkannt und fachgerecht behandelt worden, wobei es auch richtig war, die mit Darmsekret kontaminierte Prothese nunmehr wieder zu entfernen. Da mit der Wiederherstellung der alten Durchblutungsverhältnisse gleichwohl noch keine akute Bedrohung für den Extremitätenerhalt bestand, war es jetzt ebenfalls richtig, zunächst den Gesamtzustand des Klägers nach bereits zwei durchgemachten Operationen und der retroperitonealen Infektion zu verbessern, um dann über weitere Revaskularisationsmöglichkeiten zu entscheiden. 33

Das im weiteren Verlauf der Behandlung aufgetretene Kompartmentsyndrom am rechten Unterschenkel nach einer wiederum schicksalhaft aufgetretenen Durchblutungsverschlechterung auf dem Boden chronischer Durchblutungsstörungen ist dann ebenfalls zeitgerecht und richtig behandelt worden. Dass es trotzdem zu ausgedehnten Nekrosen gekommen ist, kann den behandelnden Ärzten nicht angelastet werden. Weil der Muskelschaden jedoch durch eine nunmehr nochmals verminderte Durchblutung verursacht worden ist, haben die Beklagten dem Kläger wiederum fachgerecht einen axillo-poplitealer Bypass implantiert. (Auch) dieser Eingriff ist zeitgerecht erfolgt und hätte insbesondere nicht vor dem 25.11.2003 vorgenommen werden müssen. 34

Der während der Betreuung des Klägers auf der Intensivstation des Krankenhauses X entstandene Dekubitalfersenulcus beruht ebenfalls nicht auf einem Behandlungsfehler der Beklagten. Das Druckgeschwür ist vielmehr schicksalhaft entstanden und (auch) von den Beklagten mit regelmäßigen Verbandswechsels fachgerecht behandelt worden. 35

Ebenso nicht auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist der spätere Verschluss des axillo-femoralen Bypasses. Bypassverschlüsse können sowohl durch technische Fehler bei der Implantation als auch schicksalhaft durch Veränderungen des Gerinnungssystems und des Kreislaufs verursacht werden. Technische Fehler sind hier jedoch nicht erkennbar und auch die Nachbehandlung des Klägers entsprach den medizinischen Erfordernissen. 36

Die Beklagten haben dann auch die am 25.02.2004 erfolgte Inzision und Drainage des Abszesses fachgerecht vorgenommen worden. Es bestehen daneben keine Anhaltspunkte dafür, der Abszess selbst durch einen Behandlungsfehler der Beklagten entstanden ist. Nach den Ausführungen des Sachverständigen ist dafür vielmehr der (schicksalhaft) ausgetretenen Dünndarminhalt verantwortlich. 37

Die Entlassung des Klägers am 22.03.2004 stellt schließlich ebenfalls keinen Behandlungsfehler dar. Die zum damaligen Zeitpunkt noch bestehenden Wunden erforderten 38

keine stationäre Behandlung, so dass die weiter erforderliche Therapie des Klägers fachgerecht auch ambulant erfolgen konnte.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist der Kläger demnach insgesamt fachgerecht behandelt. Die Beklagten haben ohne Fehler eine dringend indizierte Operation durchgeführt und die anschließend aufgetretenen Komplikationen sowohl fachgerecht als auch rechtzeitig behandelt. 39

Dieses Beweisergebnis wird dann auch durch das vor der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Z erstattete Gutachten des Sachverständigen Dr. T nicht mehr in Frage gestellt, der die Implantation einer Y-Prothese und den anschließenden Wechsel des Operationsverfahrens nicht für gerechtfertigt hält. Dem Gutachten von Dr. T fehlt indes eine Auseinandersetzung mit den Erfolgsaussichten der jeweils alternativ in Betracht kommenden Behandlungs- und Therapieverfahren. Der gerichtlich bestellte Sachverständige hat diese Erfolgsaussichten jedoch im einzelnen dargestellt und daraus unter detaillierter Erläuterung der medizinischen Möglichkeiten und in Übereinstimmung mit dem von der Gutachterkommission weiter beauftragten Sachverständigen Dr. B abgeleitet, dass bei dem Krankheitsbild des Klägers (allein) die Implantation einer Y-Prothese durch das von den Beklagten letztlich gewählte Operationsverfahren dem (fach-) ärztlichen Standard entsprochen hat. 40

2. 41

Der Kläger kann von den Beklagten schließlich auch keinen Schadensersatz aufgrund eines Aufklärungsversäumnisses verlangen. 42

Die Beklagten waren im Rahmen der Behandlungsaufklärung – unabhängig von ihrem tatsächlichen Vorgehen – nicht gehalten, den Kläger über Behandlungsalternativen der bei ihm vorliegenden Gefäßverschlüsse aufzuklären. 43

Ein Patient muss über die beabsichtigte Behandlungsmethode nur in den Fällen aufgeklärt werden, in denen ihm deshalb eine Wahlmöglichkeit eröffnet ist, weil für den konkreten Behandlungsfall mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche (Standard-) Methoden zur Verfügung stehen, die für die Behandlung gleichwertig sind, aber unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen bieten (vgl. Geiß/Greiner, Arzthaftungsrecht, 5. Auflage, S. 207/212). Nach den – wie dargestellt überzeugenden – Ausführungen des Sachverständigen lag eine solche aufklärungspflichtige Alternative hier jedoch nicht vor, da bei dem Krankheitsbild des Klägers allein die Implantation einer Y-Prothese indiziert und möglich war, um eine Amputation des Beines zu vermeiden. 44

Der Kläger kann von den Beklagten schließlich aber auch deshalb keinen Schadensersatz beanspruchen, weil er von den Beklagten nicht über die Erweiterung der Operation vom 10.11.2003 und das damit verbundene erhöhte Komplikationsrisiko aufgeklärt worden ist. 45

Selbst wenn man hier zugunsten des Klägers eine entsprechende Aufklärungsverpflichtung der Beklagten annehmen wollte, so ist ein Schadensersatzanspruch jedenfalls unter dem Gesichtspunkt des rechtmäßigen Alternativverhaltens ausgeschlossen, den die Beklagten mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit der Operation bereits in erster Instanz geltend gemacht haben. 46

Eine Operation ohne ausreichende Aufklärung ist nur dann rechtswidrig und fehlerhaft, wenn sich der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung zumindest in einem näher darzulegenden 47

Entscheidungskonflikt darüber befunden hätte, ob er den Eingriff – wie tatsächlich durchgeführt – vornehmen lassen solle.

Einen solchen Entscheidungskonflikt hat der Kläger jedoch nicht dargelegt. Er hat im Gegenteil vor dem Senat sogar ausdrücklich erklärt, dass er sich – um eine Amputation seines Beines zu vermeiden - auch in Kenntnis der Operationserweiterung und der damit weiter verbundenen Risiken am 10.11.2003 in jedem Fall zu der Implantation einer Y-Prothese entschieden hätte. 48

3. 49

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 I ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO, 26 Nr. 8 EGZPO. 50

Die Revision war nicht zuzulassen. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Weder die Rechtsfortbildung noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichts (§ 543 ZPO). 51