
Datum: 14.06.2010
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 213/09
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2010:0614.3U213.09.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 111 O 1030/08

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 05.11.2009 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster 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 der Beklagte zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die am 13.06.1950 geborene Klägerin - berufstätig als Kinderärztin in Gemeinschaftspraxis mit dem Zeugen Dr. S - nimmt den Beklagten - einen niedergelassenen Chirurgen und Durchgangsarzt - auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden wegen einer vermeintlichen Fehlbehandlung ihrer rechten Hand in Anspruch, die im Zuge eines am 16.02.2006 eingetretenen Praxisunfalls verletzt und durch den Beklagten von diesem Tag an bis zum Sommer 2006 ambulant behandelt wurde.

1

2

3

Die Klägerin hat erstinstanzlich die Auffassung vertreten, der Beklagte habe auf ihre anhaltenden Beschwerden nach dem Vorfall vom 16.02.2006 in Form von Schmerzen, Schwellungen, und Auftreten eines schnellenden Fingers unzureichend therapeutisch reagiert und die letztlich am 27.04.2006 unternommene Operation zur Ringbandspaltung im Bereich des rechten Kleinfingers nach unzureichender Aufklärung inkorrekt ausgeführt. In Folge der vom Beklagten zu verantwortenden Versäumnisse und wegen einer falschen Schnittführung bei dem Eingriff sei es postoperativ (verwachsungsbedingt) zu einer Beugekontraktur des rechten Kleinfingermittelgelenkes gekommen, die - vom Beklagten ebenfalls ignoriert - nach einem Anfang Juli 2006 durchgeführten Behandlerwechsel zu Dr. H in H3 nicht mehr dauerhaft beseitigt werden können; hieraus resultiere ein - für die Berufsausübung als Pädiaaterin hinderlicher - Dauerschaden. Der Beklagte ist dem Haftungsverlangen erstinstanzlich entgegen getreten; er hat sein Vorgehen als in jeder Hinsicht fachgerecht verteidigt und jedwede Verursachung der beklagten Beschwerden durch seine Behandlung in Abrede gestellt.

Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die diesbezüglichen Feststellungen des angefochtenen Urteils Bezug genommen 5

Das Landgericht Münster hat die Klage nach Anhörung der Parteien und schriftlicher wie ergänzender mündlicher Befassung des chirurgischen Sachverständigen Prof. Dr. U auf der Grundlage dessen medizinischer Einschätzungen zurückgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: 6

Behandlungsfehler des Beklagten in der Zeit bis zum Eingriff vom 27.04.2006, bei der Operation selbst (insb. bei der Schnittführung) und in der postoperativen Phase seien *nicht* festzustellen. Die Klägerin habe auch nicht bewiesen, dass die vom Beklagten durchgeführte Operation zur Behebung der Tendovaginitis stenosans am 5. Finger der rechten Hand zu der später aufgetretenen Beugekontraktur des Mittelgelenks an diesem Finger geführt habe. Die jetzige Streckhemmung könne nach den Sachverständigenäußerungen vielmehr durch eine vorbestehende beginnende Arthrose der Fingergelenke und Narbenbildungen infolge der Revisionseingriffe herbeigeführt worden sein. Etwaige Defizite bei der Risikoaufklärung seien haftungsrechtlich unbeachtlich, weil nach den Feststellungen des Gutachters die OP vom 27.04.2006 *nicht* zu den beklagten postoperativen Bewegungseinschränkungen des Mittelgelenks geführt habe. 7

Mit ihrer gegen die landgerichtliche Entscheidung form- und fristgerecht eingelegten Berufung verfolgt die Klägerin ihre erstinstanzlichen Klageziele weiter. Sie rügt, dass das Landgericht ihre Beweisantritte zu einigen nicht dokumentierten, jedoch im Behandlungsverlauf aufgetretenen reaktionspflichtigen klinischen Befunden übergangen und die Sachverständigenbegutachtung sich (deshalb) mit diesen Aspekten nicht ausreichend auseinandergesetzt habe; auch die in den ihrerseits eingereichten Privatgutachten Dr. H und Prof. Dr. Q zum Ausdruck gebrachte Kritik sei - so die Klägerin - von dem Sachverständigen wie vom Landgericht nicht mit der gebotenen Gründlichkeit behandelt und nicht überzeugend widerlegt worden. 8

Zur Berufungsbegründung macht sie im Wesentlichen geltend: 9

Bereits ab dem 2. Vorstellungstermin am 24.02.2006 sei die Symptomatik eines „schnellenden Fingers“ am rechten Kleinfinger sichtbar gewesen - was die benannten Zeugen bestätigen könnten. Hierauf habe nicht frühfunktionell behandelt werden dürfen, sondern mit einer konservativen Therapie mittels Salben, Kortisoninjektion und/oder lauwarmen Wasserbädern reagiert werden müssen. Dies würde das Fortschreiten der Tendovaginitis, die 10

OP vom 27.04.2006 und alle Folgen bis zum jetzigen Dauerschaden verhindert haben.

Die anhaltende Bewegungseinschränkung im Mittelgelenk des 5. Kleinfingers rechts beruhe auch auf der fehlerhaften OP vom 27.04.2006 und der mangelhaften Nachsorge trotz reaktionspflichtiger sofortiger postoperativer Beweglichkeitsbeeinträchtigungen. Der Sachverständige und das Landgericht hätten insoweit verabsäumt, sich mit der konkreten Kritik der Privatsachverständigen auseinanderzusetzen, wonach der gewählte distale Zugang am Kleinfingergrundgelenk fehlerhaft gewesen sei und eine langstreckige Beugesehnenspaltung mit der Folge erheblicher Vernarbungen nach sich gezogen habe; es fehle an einer sachlichen Begründung zur Zurückweisung dieser Kritik. Auch habe postoperativ zu keiner Zeit die dokumentierte freie Beweglichkeit im Mittelgelenk vorgelegen - was ebenfalls die benannten Zeugen bekunden könnten; der postoperative Zustand habe ein unverzügliches Nachsorgeregime mittels kontinuierlicher Krankengymnastik erfordert, um eine dauerhafte Beugekontraktur, wie sie dann eingetreten sei, zu vermeiden. 11

Die Klägerin behauptet, auch zwei weitere zwischenzeitlich im Dezember 2008 und Februar 2010 durchgeführte Operationen wegen Ringbandstenosen und Synovialitis im Grundgelenksbereich des rechten Zeige- und Mittelfingers seien Folge der von ihr gerügten Behandlungsfehler des Beklagten, die eine Überlastung der Resthand nach sich gezogen hätten. 12

Die Klägerin beantragt, 13

1. den Beklagten abändernd zu verurteilen, 14

a) an sie anlässlich der chirurgischen Behandlung vom 16.02. - 30.06.2006 ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.02.2006, 15

b) an sie 900 € Haushaltsführungsschaden für die Zeit vom 28.02.- 22.04.2007 zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.02.2006, 16

c) an sie 1.561,28 € außergerichtliche Rechtsverfolgungskosten zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit, 17

2. abändernd festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, ihr jeglichen weiteren materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, der ihr noch anlässlich der chirurgischen Behandlung durch ihn vom 16.02. - 30.06.2006 entstehen wird - vorbehaltlich eines gesetzlichen Forderungsüberganges. 18

Der Beklagte beantragt, 19

die Berufung zurückzuweisen. 20

Er verteidigt die landgerichtliche Entscheidung unter Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Vorbringens. Insbesondere habe die von der Klägerin behauptete über die Dokumentation hinausgehende Beschwerdesymptomatik nicht bestanden: Der Eingriff selbst habe ordnungsgemäß zur vollständigen Ringbandspaltung am rechten Kleinfingergrundgelenk geführt. Die Streckhemmung habe - wie vom Sachverständigen in erster Instanz überzeugend bestätigt worden sei – allein arthrogene Ursachen und betreffe das von dem Eingriff gar nicht tangierte Mittelgelenk. Die Folgeoperationen an anderen Fingern der rechten Hand belegten das Fehlen jeden Kausalzusammenhangs des Schnappphänomens mit der Behandlung der Unfallverletzung, weil sich Ringbandstenosen 21

auch an anderen Fingern der Klägerin eingestellt hätten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst deren Anlagen ergänzend Bezug genommen. Die Originalbehandlungsunterlagen des Beklagten, kopierte Krankenunterlagen der Mit- bzw. Nachbehandler Dr. H, Dr. L und Klinik C sowie diverse Originalröntgenbilder der Klägerin aus den Jahren 2006 und 2007 haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. 22

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Vernehmung der Zeugin B2 und durch uneidliche Vernehmung der Zeugen Dr. S und U2 im Senatstermin am 14.06.2010; der chirurgische Sachverständige Prof. Dr. U hat in diesem Termin außerdem seine erstinstanzlichen Gutachten mündlich erläutert. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die schriftliche Zeugenaussage B vom 28.05.2010 (GA 330/331), das Sitzungsprotokoll vom 14.06.2010 (GA 333 ff.) und den Berichterstatteervermerk vom 16.06.2010 (GA 340 ff.) Bezug genommen. 23

II. 24

1. Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg. 25

Die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat nicht ergeben, dass die Klägerin im Jahre 2006 durch den Beklagten in irgendeiner Weise fehlerhaft behandelt worden ist. Auch kann nicht festgestellt werden, dass die als Dauerschaden beklagte Beugekontraktur des rechten Kleinfingers der Klägerin überhaupt Folge des vom Beklagten zu verantwortenden Behandlungsgeschehens ist. 26

2. In seiner medizinischen Beurteilung des Geschehens folgt der Senat den in jeder Hinsicht überzeugenden Ausführungen des chirurgischen Sachverständigen Prof. Dr. U, der seine erstinstanzlichen Gutachten vor dem Senat unter Einbeziehung der aus der ergänzenden Beweisaufnahme gewonnenen Erkenntnisse eingehend, verständlich und uneingeschränkt nachvollziehbar begründet hat. Prof. Dr. U ist dem Senat seit vielen Jahren als forensisch versierter und in Arzthaftungsfragen kompetenter medizinischer Sachverständiger bekannt. Er verfügt aufgrund seiner vormaligen langjährigen Chefarztstätigkeit über eine große praktische Erfahrung wie auch über ein fundiertes theoretisches Wissen - was sich bei seinen mündlichen Erläuterungen im Senatstermin am 14.06.2010 wiederum bestätigt hat. Auch die Angaben aus den persönlichen Schilderungen der Klägerin wie den Inhalt der Zeugenaussagen vermochte der Gutachter in seine medizinischen Erwägungen plausibel 27

einzubeziehen. Die fachlichen Bedenken der Klägerin hat der Sachverständige dabei nicht nur zur Kenntnis genommen, sondern sich mit ihnen unter Demonstration der anatomischen Verhältnisse anhand von Lehrbuchabbildungen und der Röntgenbilder inhaltlich überzeugend auseinander gesetzt. Seine differenzierten gutachterlichen Ausführungen beruhten insgesamt auf einer objektiv unvoreingenommenen und gründlichen Aufarbeitung der umfangreich beigezogenen Krankenunterlagen. Bei seinen mündlichen Erläuterungen vor dem Senat gelangte Prof. Dr. U nicht zuletzt in der fachlichen Auseinandersetzung mit den von der Klägerin vorgelegten Privatgutachten zu einer umfassenden, sorgfältig abwägenden und letztlich überzeugenden medizinischen Beurteilung aller entscheidungsrelevanten Aspekte des streitgegenständlichen Behandlungsgeschehens. 28

3. Der Senat vermag - nach ergänzender Beweiserhebung zu der nach dem Verletzungsgeschehen vom 16.02.2006 aufgetretenen Symptomatik an der rechten Hand - 29

nicht festzustellen, dass der Beklagte zur Wahrung des chirurgischen Facharztstandards gehalten gewesen wäre, der Klägerin eine andere konservative Behandlung ihrer Handverletzung oder eine frühzeitigere operative Versorgung des sog. „schnellenden Fingers“ angedeihen zu lassen.

Dies gilt auch dann, wenn man über die von dem Beklagten für den 24.02.2006 dokumentierten Restbeschwerden des rechten Kleinfingergrundgelenks hinaus unterstellt, dass sich die Schmerzhaftigkeit der rechten Hand nach der Erstvorstellung nicht besserte, sondern sich vielmehr zusätzlich und zunehmend ein Schnappfingerphänomen einstellte, welches die Klägerin in ihren täglichen Handhabungen nachhaltig beeinträchtigte. *Ausgehend* von einem *solchen* Verlauf, den die Zeugen Dr. S und U2 im Senatstermin übereinstimmend nach ihren Beobachtungen schilderten und den auch die Zeugin B nach ihren schriftlichen Angaben mitbekommen haben will, war es für den Beklagten als niedergelassenen Chirurgen weder am 24.02.2006, noch zu den beiden (nicht dokumentierten) Wiedervorstellungen Anfang März 2006 vor dem Urlaubsantritt der Klägerin zwingend geboten, abweichend zu verfahren. 30

Prof. Dr. U hat insoweit in Bestätigung seiner erstinstanzlichen Ausführungen dargelegt, dass das stattgehabte Anpralltrauma der Rückhand vom 16.02.2006 zunächst bei (radiologisch nachgewiesenem) Fehlen von Hinweisen für auf eine höhergradige substantielle Verletzung eine frühfunktionelle Nachbehandlung gestattet habe und eine längere Ruhigstellung mit Blick auf dadurch drohende bleibende Funktionsbeeinträchtigungen sogar untunlich gewesen sei. Dies gelte insbesondere mit Blick darauf, dass schon die am Unfalltag gefertigten Röntgenbilder der verletzten Hand bei der Klägerin arthrotische Gelenkspaltverschmälerungen gezeigt hätten. Eine längere Ruhigstellung führt - wie der Sachverständige bereits erstinstanzlich plausibel ausgeführt hat - bei arthrotisch vorgeschädigten Gelenken zu einer ggfls. bleibenden Funktionsschädigung, die es im Sinne des Patienten zu vermeiden gilt. Er hat hierzu im Senatstermin anhand der vorliegenden Röntgenbilder vom 16.02.2006 (wie auch zu den späteren Aufnahmen aus der Klinik C vom 22.11.2006) demonstriert, dass sich darauf zwar keine Hinweise für knöcherne Verletzungen finden, jedoch Gelenkspaltverschmälerungen vor allem im Bereich der Mittelgelenke (PIP) der Finger im Sinne einer *beginnenden* arthrotischen Veränderung zeigen. Es handelte sich bei diesen Gelenkspaltverschmälerungen - so Prof. Dr. U - allerdings erst um Zeichen einer *beginnenden* Arthrose und nicht etwa um das Vollbild einer Arthrose mit osteophytären Wucherungen o.ä. Folgeerscheinungen. 31

Soweit die Klägerin die Einholung eines radiologischen Sachverständigengutachtens zu der Frage beantragt hat, ob die genannten Röntgenbilder bei fachlicher Auswertung tatsächlich Hinweise auf arthrotische Gelenkveränderungen erkennen lassen, bedarf es der zusätzlichen Befassung eines radiologischen Sachverständigen zur weiteren Klärung des medizinischen Sachverhaltes nicht. Prof. Dr. U ist als erfahrener Facharzt für Chirurgie und Orthopädie ohne jeden Zweifel ausreichend kompetent, die in Rede stehenden Röntgenbilder mit Blick auf eine mögliche arthrotische Vorschädigung der abgebildeten Gelenke zu beurteilen. Die Beurteilung solcher Fragen fällt - wie er selbst zudem bestätigt hat - jedenfalls auch in sein Fachgebiet der Chirurgie und Orthopädie (vgl. auch : OLG Düsseldorf, OLGR 2006, 112 f.). An der für die in Rede stehende Röntgenbewertung erforderlichen Fachkompetenz des befassten Gutachters ergeben sich für den Senat nicht die geringsten Zweifel. 32

Dass der Klägerin keineswegs zwingend nach dem Verletzungsvorfall eine (vorübergehende) Ruhigstellung des Fingers hätte verordnet werden müssen, bestätigen letztlich sogar die privatgutachterlichen Äußerungen Prof. Dr. Q (GA 24), wonach der Beklagte wegen der 33

Schmerzhaftigkeit „allenfalls“ eine solche Verfahrensweise mit einer Fingerschiene habe vornehmen „können“. Der Gerichtsgutachter hat insoweit plausibel im Senatstermin ergänzt, dass auch eine Schmerzmittelverordnung nicht per se obligat war - zumal die Klägerin als Ärztin zweifelsohne selbst in der Lage war, im Falle subjektiv als unerträglich empfundener Schmerzen für eine geeignete medikamentöse Schmerzlinderung zu sorgen. Dass die Klägerin einige Wochen nach dem stattgehabten Anpralltrauma noch unter so erheblichen Schmerzen der betroffenen Hand litt, dass diese sie im Alltag beeinträchtigten, gehört nach den mündlichen Erläuterungen Prof. Dr. U im Senatstermin noch zu einem normalen Verlauf nach einer solchen traumatischen Verletzung und begründete deshalb keine Notwendigkeit zu weitergehenden Untersuchungen oder Therapien.

Soweit sich - den Zeugenangaben folgend - bei der Klägerin etwa eine Woche nach dem Vorfall langsam zunehmend zusätzlich eine Schnappfingerproblematik des rechten Kleinfingers eingestellt haben mag und dies dem Beklagten anlässlich der Wiedervorstellungen am 24.02., 02.03. und 07.03.2004 bekannt geworden sein sollte, war auch insofern *medizinisch kein vom tatsächlichen Verlauf abweichendes therapeutisches Prozedere geboten*. Prof. Dr. U hat hierzu vor dem Senat ausgeführt, dass das Hinzutreten des Schnappfingerphänomens - ausgelöst durch eine Ringbandstenose im A 1 - Bereich des Kleinfingers - einen sorgfältigen Chirurgen in der damaligen Situation des Beklagten nicht zwingend dazu veranlassen musste, nun eine konkrete konservative Behandlung einzuleiten oder gar sofort zu operieren. Die von der Klägerin für vordringlich gehaltenen Salbenverordnungen, Kortisonanwendungen oder Bäder hätten allenfalls die Schwellung und schwellungsbedingten Schmerzen lindern können, nicht jedoch die für das Problem ursächliche Tendovaginitis stenosans wirklich nachhaltig therapeutisch behoben; solche konservativen Maßnahmen waren daher nicht zwingend vom Beklagten als Chirurg zu veranlassen oder standardmäßig zu fordern. Wenn sich bei der Klägerin in dieser Phase das Schnappphänomen der Tendovaginitis stenosans nachhaltig einstellte, musste man zu dessen ursächlicher Behebung - so der gerichtliche Sachverständige - den betroffenen Finger letztlich im Sinne einer Ringbandspaltung operieren, wie es dann Ende April 2006 nach der Wiedervorstellung der Klägerin sofort geschah. Eine dringliche Operationsindikation - die zu einem Verzicht auf die anstehende Urlaubsreise und die anschließende Praxisvertretung durch die Klägerin genötigt hätte – bestand bei einer Tenovaginitis stenosans am Kleinfinger jedenfalls nicht. Der Sachverständige hat insoweit im Senatstermin anschaulich bestätigt, dass auch er die Klägerin erst nach ihrer geplanten Reise operiert hätte; dass sie im Anschluss an die Reise - wie ihre Anhörung bestätigte - zunächst wegen der Praxisvertretung ihres Kompagnons unentbehrlich war und den Eingriff erst unmittelbar nach dessen Urlaubsrückkehr ausführen lassen konnte, fällt als Umstand außerhalb der Behandlersphäre nicht dem Beklagten zur Last. Eine dem chirurgischen Standard zuwider laufende verspätete Therapie des „schnellenden Fingers“ lässt sich nach alledem *selbst dann nicht* feststellen, wenn dieser sich schon ansatzweise und mit zunehmender Tendenz seit der ersten Wiedervorstellung beim Beklagten am 24.02.2006 zeigte.

4. Auch der am 27.04.2006 durchgeführte Eingriff selbst ist nicht fehlerhaft erfolgt; er hat zudem nicht nachweislich dazu geführt, dass es bei der Klägerin im postoperativen Verlauf zu einer Streckhemmung des rechten Kleinfingers kam.

a) Soweit die mit der Klage eingereichten privatgutachterlichen Stellungnahmen von Dr. H und Prof. Dr. Q beanstandet haben, dass die Schnittführung des Beklagten bei dem Eingriff zur Ringbandspaltung des Kleinfingers „in der distalen Beugefalte des MP-Kleinfingergelenkes“ gesetzt worden sei, wohingegen der Zugang zu den stenosierenden A 1 - Ringbändern über die näher gelegene proximale Beugefalte des MP- Gelenkes erfolgen

müsse, hat die vertiefte Sachverständigenbefassung zu diesem Punkt ergeben, dass *insoweit kein chirurgisch-fehlerhaftes, sorgfaltswidriges Vorgehen des Beklagten* vorliegt. Auch die Überlegungen der Privatgutachter dahin, dass infolge der zugangsbedingten langstreckigen Spaltung wohl eine Narbenbildung des Sehnengleitgewebes bewirkt worden sei (so Dr. H) oder dass es zu unbeabsichtigten Durchtrennungen bandähnlicher Strukturen mit Beugesehnenlockerungen und anschließenden Vernarbungen des OP-Gebietes gekommen sein müsse (so Dr. Q), konnten bei der gebotenen Berücksichtigung aller (z.T. auch späteren) Erkenntnisse des weiteren Verlaufes durch den Gerichtssachverständigen nicht bestätigt werden. Prof. Dr. U geht vielmehr im Resümee aller aus den beigezogenen Krankenunterlagen und aus seinen eigenen Untersuchungen der Klägerin zu gewinnenden Erkenntnisse davon aus, dass die nach dem Eingriff vom 27.04.2006 aufgetretene Beugekontraktur im Mittelgelenk des rechten Kleinfingers *auf arthrotischen Veränderungen beruhte* und allenfalls unvermeidliche postoperative Verklebungen zu ihr *beitrugen*. Auch insoweit folgt der Senat den überzeugenden Sachverständigenbewertungen Prof. Dr. U.

b) Zwar hat der gerichtliche Sachverständige im Senatstermin bestätigt, dass der Beklagte hier mit dem Zugang auf Höhe der *distalen* Fingergrundgelenksbeugefalte eine Schnittführung wählte, die chirurgischerseits im Rahmen der therapeutisch indizierten sog. A 1 - Ringbandspaltung nicht üblich ist. Der üblichen Vorgehensweise entspricht vielmehr die von den Privatsachverständigen angesprochene Schnittführung in der *proximalen* Beugefalte des Grundgelenkes, von wo der Operateur normalerweise den Sehnenscheidenbereich mit dem ihn verstärkenden Ringband A 1 in Richtung des Fingers verlaufend eröffnet. Dieser (proximale) Zugang ermöglicht dem Chirurgen ein Arbeiten am Ringband A 1 sowohl nach distal als auch nach weiter proximal und vermeidet eher Nervschädigungen - zu denen es hier allerdings nach dem Parteivortrag und den Sachverständigenbewertungen auch nicht gekommen ist. Die vom Beklagten gewählte (distale) Schnittführung bietet zwar den Vorteil eines optisch etwas weniger auffälligen Narbenverlaufes, gibt dagegen jedoch die „Arbeitsrichtung des Operateurs“ bei der Ringbandspaltung einseitig von distal nach proximal vor; sie ist zudem etwas gefährlicher für die dort verlaufenden Nerven. Neben diesen beiden Zugangsmöglichkeiten über einen „Querschnitt“ praktizieren einige Chirurgen schließlich einen Längsschnitt, welcher allerdings zu erheblichen Narbenkontrakturen führt und deshalb von Dr. U fachlich abgelehnt wird.

37

Aufgrund dieser differenzierten medizinischen Erwägungen ist der gerichtliche Sachverständige zu der für den Senat überzeugenden Bewertung gelangt, dass die von dem Beklagten bei der Klägerin durchgeführte distale Schnittführung im MP-Gelenk zwar nicht dem „normalen“ standardmäßigen Vorgehen der meisten (Hand-)Chirurgen entspricht, jedoch nicht als fachlich fehlerhaft zu beanstanden ist. Denn das eingriffsimmanente Risiko von Verklebungen im Sehnenbereich besteht bei dem proximalen wie dem distalen Zugangsschnitt über die Beugefalten des Grundgelenks nach den Ausführungen Prof. Dr. U gleichermaßen: Es ist insbesondere wissenschaftlich nicht nachgewiesen, dass die Spaltung des A 1 - Ringbandes über den (hier gewählten) Zugang in der distalen Beugefalte des Grundgelenks eher oder in größerem Umfang zu Verklebungen des betroffenen Bereichs führen würde, als bei Einhaltung des unter Chirurgen üblicheren proximalen Zugangs. Postoperative Verklebungen treten im Übrigen nach den Erläuterungen Prof. U als nicht sicher vermeidbare Eingriffs komplikation – und keineswegs nur bei behandlungsfehlerhaftem Vorgehen des Operateurs - regelmäßig erst in 1 - 2 Wochen nach der Ringbandspaltung auf. Sie werden dadurch begünstigt, dass der Patient die betreffende Hand zur postoperativen Schonung in einer gewissen physiologischen Beugestellung hält. Letztlich lag deshalb der hier gewählte Zugang auch nach Überzeugung des Senats noch im Rahmen des vertretbaren therapeutischen Ermessens.

38

- c) Ein Operationsfehler dahin, dass die zur Ermöglichung des Sehnengleitens erforderliche Ringbandspaltung auf der Höhe A 1 unvollständig oder zu weitgehend erfolgt wäre, ist als Ursache der Beugekontraktur - so Prof. Dr. U - auszuschließen: 39
- Das Ziel einer OP bei der Tendovaginitis stenosans besteht darin, das sog. A 1 - Ringband zu spalten, damit die verdickte Beugesehne des Fingers - die dort hängen bleibt - wieder gleiten kann. Das Ringband stellt dabei eine örtlich begrenzte Verdickung der Sehnenscheide dar, innerhalb derer die Fingersehne bei Beugung und Streckung hin und her gleitet. Vorliegend hat Prof. Dr. U keinen Zweifel daran, dass der Beklagte bei dem Eingriff vom 27.04.2006 das A 1 - Ringband des rechten Kleinfingers korrekt und vollständig gespalten hat. Denn schon der Bericht von Dr. H zum 1. Folgeeingriff vom 01.03.2007 (GA 306/307) führte aus, dass die funktionale Beweglichkeitsprüfung in Narkose eine Fixierung im A 1 - Ringbandbereich unwahrscheinlich erscheinen lasse. Bei der Revisions-OP am 25.02.2008 hat Dr. H sodann den ehemaligen A 1 - Ringbandbereich dargestellt und konstatiert, dass das Ringband dort durchtrennt war (GA 310/311); eine unvollständige Ringbandtrennung - die grundsätzlich eine Beugekontraktur verursachen kann - war damit nach den plausiblen Schlussfolgerungen Prof. Dr. U als Ursache der Streckhemmung des rechten Kleinfingers bei der Klägerin *ausgeschlossen*. 40
- Der genannte Revisionseingriff vom 25.02.2008 hat - so der Gerichtsgutachter unter Bezugnahme auf den entsprechenden OP-Bericht – des weiteren ergeben, dass die beiden weiter distal liegenden Ringbänder A 2 und A 3 *intakt* waren, sie also *nicht* etwa versehentlich durch den Beklagten bei der von ihm durchgeführten „langstreckigen Inzision der Beugesehnenscheide“ verletzt wurden und deshalb ein Streckdefizit nach sich gezogen hätten. Eine Schädigung im Bereich der weiter fingerwärts liegenden Ringbänder durch eine zu lange Schnittführung nach distal würde die Klägerin überdies sogleich nach dem Eingriff durch eine starke Beugeeinschränkung und eine sichtbare Sehnenspannung unter der Haut bemerkt haben - was wegen der verzögert auftretenden und zunehmenden Streckhemmung unstreitig nicht der Fall war. 41
- Der von den Privatsachverständigen interpretierte Begriff der „langstreckigen Beugesehnenscheidenspaltung“ belegt nach den Ausführungen von Prof. Dr. U überdies kein abweichendes Vorgehen zu einer „normalen“ A 1 - Ringbandspaltung. und insbesondere *keine zu lange Spaltung* der Sehnenscheide in Richtung des Mittelgelenkes. Weil die Ringbänder letztlich besonders verstärkte Anteile der Sehnenscheide darstellen, ist es - so Prof. Dr. U - nicht zu beanstanden und ohne irgendwelche negativen Folgen für die Gleitfähigkeit der Sehne, wenn man gleichsam die Sehnenscheide im Ringbandbereich mit durchtrennt. Es ist sogar geboten, den Ringbandbereich als Bestandteil der Sehnenscheide in dem Sinne „langstreckig“ zu spalten, als zur Behebung des Schnappphänomens bei der Tendovaginitis stenosans das Ringband *komplett* gespalten werden muss. 42
- d) Schließlich lässt sich - entgegen den Vermutungen der Privatsachverständigen - nicht feststellen, dass es wegen des distalen Zugangs und der vom Beklagten im OP-Bericht geschilderten „langstreckigen Inzision der Beugesehnenscheide“ bei der Klägerin am rechten Kleinfinger zu langstreckigen Vernarbungen im Beugesehnenbereich gekommen ist, die die postoperativ zunehmende Beugekontraktur des kleinen Fingers *im Mittelgelenk* herbeiführten. 43
- Prof. Dr. U hat im Senatstermin erneut auf der Grundlage der im Nachgang zum strittigen Eingriff aufgetretenen Symptomatik und der späteren Befunde bestätigt, dass etwaige eingriffsbedingte Vernarbungen im Operationsbereich vom 27.04.2006 *nicht* zu Problemen *im distaler gelegenen Mittelgelenk* und auch nicht zu solchen Verwachsungen bzw. Verklebungen im Mittelgelenksbereich geführt haben können, wie sie insbesondere im OP- 44

Bericht Dr. H vom 25.02.2008 beschrieben wurden. Das gilt - so der gerichtliche Sachverständige im Senatstermin - auch dann, wenn man das Auf- und Abgleiten der in dem „Sehnenscheidenschlauch“ verlaufenden Beugesehnen berücksichtigt. Weil die betreffende Beugesehne des rechten Kleinfingers in dem durch den Beklagten voroperierten Bereich des A 1 - Ringbandes ausweislich des OP-Berichtes von Dr. H noch im Februar 2008 ein freies Spiel aufwies, hat Prof. Dr. U nachvollziehbar Zweifel daran geäußert, ob im Falle der Klägerin *überhaupt operationsbedingte Sehnenverklebungen* ursächlich oder mitursächlich zu der letztlich dauerhaften Beugekontraktur *beigetragen* haben. Diese hatte nämlich ihre Ursache *im Bereich des Mittelgelenkes*, wie sich aus dem OP-Bericht der Revision vom 25.02.2008 ergibt. Letztlich hat man nämlich in diesem 2. Revisionseingriff ausweislich des OP-Berichtes von Dr. H erst dadurch vorübergehend eine Streckung des Mittelgelenkes wieder herbeiführen können, dass verwachsene und verklebte *Sehnenansätze* der *oberflächlichen* Beugesehne *von der Gelenkkapsel des Mittelgelenks (PIP)* desinsetiert wurden; aber auch diese Maßnahme hatte - wie sich im weiteren Verlauf zeigte - keinen dauerhaften Erfolg. Weil sich aus den im Röntgenbild ersichtlichen Verschmälerungen im Mittelgelenksbereich der rechten Hand und besonders in dem des rechten Kleinfingers nach den bereits dargestellten Ausführungen Prof. Dr. U schon im Jahre 2006 zunehmende Hinweise auf beginnende arthrotische Veränderungen ergaben, sieht der Sachverständige in der Gesamtwürdigung aller Erkenntnisse letztlich aus Sicht des Senates überzeugend die Ursache für das aufgetretene Streckdefizitproblem in präarthrotischen Veränderungen des Mittelgelenks selbst. Dass arthrogene Ursachen der Beugekontraktur des rechten Kleinfingers - entgegen der im Senatstermin eingehend geäußerten Einschätzung der Klägerin - bei ihr keineswegs gänzlich abwegig sind, bestätigen nicht zuletzt die Ausführungen im OP-Bericht des Dr. H vom 01.03.2007, wonach an dem von der Beugekontraktur betroffenen rechten Kleinfinger „eine arthrogene Fixierung vorzuliegen scheint“, weil die Sehnen sich auch in Entlastungsstellung nicht weiter extendieren ließen.

Die Allein- oder Mitursächlichkeit des Eingriffs vom 27.04.2006 für die streitgegenständliche Beugesehnenkontraktur des rechten Kleinfingers lässt sich nach alledem nicht feststellen; dies gilt erst recht für eine haftungsbegründende Ursächlichkeit der vom Beklagten gewählten Schnittführung. 45

e) Etwaige Aufklärungsdefizite der Klägerin mit Blick auf die Ringbandspaltung vom 27.04.2006 vermögen wegen der – wie dargestellt - nicht nachweislichen Kausalität des Eingriffs für die Streckhemmung ihres rechten Kleinfingers ebenfalls keine Haftung des Beklagten zu begründen. Überdies sind die Ausführungen des landgerichtlichen Urteils, soweit sie eine Aufklärungsfehlerhaftung abgelehnt haben, mit der Berufung nicht angegriffen worden. 46

5. Haftungsbegründende Behandlungsfehler des Beklagten zu Lasten der Klägerin lassen sich schließlich auch nicht für die Phase der postoperativen Betreuung bis zur Wiedervorstellung mit der enggradigen Beugeeinschränkung am 22.06.2006 feststellen. 47

Die schriftliche Zeugeneinvernahme der Mitarbeiterin B hat ebenso wenig wie die mündliche Befragung der Zeugen Dr. S und U2 ergeben, dass der operierte Kleinfinger der Klägerin bei den postoperativen Wiedervorstellungen bis zum 04.05.2006 - entgegen der Dokumentation des Beklagten - „zu keiner Zeit frei beweglich“ oder sonst „auffällig“ gewesen wäre. - Dr. S hat als Zeuge bekundet, nach der OP habe die Klägerin zunächst einen Verband getragen, in der ersten Woche danach habe die Bewegung des Kleinfingers gut geklappt. Es sei dann „eine gute Woche nach der OP“ nun die Streckung des Kleinfingers nicht mehr so recht möglich gewesen. Nach seiner Erinnerung sei dieses neue Problem „so 1 - 2 Wochen nach der OP 48

durch Dr. T zutage getreten. Die Zeugin U2 hat vor dem Senat geschildert, nach dem Eingriff sei der kleine Finger zunächst noch etwas dick gewesen, wie man das eben bei einer Handoperation so kenne. „Etwa eine Woche nach der OP“ habe die Klägerin dann den kleinen Finger nicht mehr durchstrecken können; das Streckproblem im Mittelgelenk des Kleinfingers sei zu diesem Zeitpunkt noch nicht so schlimm gewesen, wie es sich später entwickelt habe. Auch die Zeugin B hat im Zuge ihrer schriftlichen Einvernahme vom 28.05.2008 angegeben, dass nach der Operation Finger und Handseite „zunächst ziemlich geschwollen“ gewesen seien und die Klägerin „ca. 1 Woche später“ bemerkt habe, dass sie den Finger immer weniger habe strecken können. - Die genannten Zeugenbekundungen lassen damit schon nicht erkennen, dass bis zum Abschluss der postoperativen Behandlung - der unstreitig mit dem Fädenziehen am 04.05.2006 (d.h. eine Woche nach der OP) erfolgte - Auffälligkeiten bzgl. der Kleinfingerbeweglichkeit vorhanden waren. Prof. Dr. U hat hierzu im Senatstermin ausgeführt, dass es zur normalen postoperativen Entwicklung einer Ringbandspaltung gehöre, wenn noch 4 - 8 Wochen nach dem Eingriff eine gewisse Beugeeinschränkung in dem Sinne bestehe, dass die Hand noch nicht gänzlich eingeschlagen werden könne. Auch die von der Klägerin in erster Instanz geschilderte Entwicklung, dass sie postoperativ den Finger zwar vollständig habe strecken, aber im Grundgelenk noch nicht voll beugen können, entspricht nach der insoweit bestätigten Sachverständigenbewertung dem zu erwartenden normalen postoperativen Verlauf. Ein solcher Verlauf nach Ringbandspaltung mit freier Funktion in dem vorgenannten Sinn erfordert nach dem chirurgischen Behandlungsstandard - wie der gerichtliche Sachverständige schon in erster Instanz dargelegt hat - *keine* krankengymnastische Übungsbehandlung. Auch unter Zugrundelegung des Inhaltes der Zeugenaussagen sah Prof. Dr. U deshalb im Falle der Klägerin bis zum Behandlungsabschluss durch den Beklagten eine Verordnung von Krankengymnastik nicht veranlasst, weil die Beweglichkeit postoperativ in der ersten Woche gut war und die letzte postoperative Kontrollvorstellung der Klägerin beim Beklagten mit dem Fädenziehen am 04.05.2006 stattfand. Es war aus damaliger Sicht des Beklagten - wie Prof. Dr. U im Senatstermin bestätigte - nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Angelegenheit durch Mitteilung gegenüber der Berufsgenossenschaft vom 05.05.2006 ohne weitere Nachsorgeanordnungen abschloss. Letztlich hat der Beklagte nach den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen mit der Verordnung von Krankengymnastik dann richtig reagiert, als sich die Klägerin bei ihm wieder am 22.06.2006 mit einer enggradig eingeschränkten Streckung im Kleinfinger und einer druckschmerzhaften Mittelhand vorstellte. Soweit der Klägerin bei einer (unterstellten früheren) Wiedervorstellung ihrerseits mit einem beginnenden postoperativen Streckdefizit zunächst die Vermeidung einer Schonhaltung und Dehnübungen des Fingers anzuraten gewesen wären und man den Erfolg dieser Vorgehensweise einige Wochen hätte abwarten dürfen, lässt sich schon nach den eigenen Darlegungen der Klägerin für den (unterstellten) Fall eines solchen Hinweises kein günstigerer als der tatsächlich stattgehabte Verlauf feststellen. Denn die Klägerin hat insoweit gegenüber dem Senat angegeben, sie *habe* tatsächlich aus eigenem Antrieb heraus postoperativ eine Schonhaltung vermieden und stets Dehnübungen des betroffenen Fingers vorgenommen; trotz der eigenständigen postoperativen Dehnübungen habe sich jedoch das Streckdefizit eingestellt.

6. Die nach alledem erfolglose Berufung der Klägerin war mit der Kostenfolge aus § 97 I ZPO zurückzuweisen. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Zif. 10, 711 ZPO. 49

Die Revision war nicht zuzulassen. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung; weder Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichtes. 50

