
Datum: 14.02.2011
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 174/10
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2011:0214.3U174.10.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 111 O 1205/08

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 08.07.2010 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

- I. 2
- Der am 07.05.1941 geborene Kläger macht Schadensersatzansprüche gegen das beklagte Krankenhaus aufgrund einer fehlerhaften Behandlung einer Thrombophlebitis bzw. eines Abszesses im Bereich der Halswirbelsäule geltend. 3
- Der Kläger hat erstinstanzlich von der Beklagten ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 100.000,00 Euro, die Feststellung der Schadensersatzverpflichtung der Beklagten für alle materiellen und zukünftigen immateriellen Schäden sowie den Ersatz von 4

außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten in Höhe von 2.924,07 Euro begehrt.

Der Kläger befand sich ab dem 20.01.2005 in stationärer Behandlung bei der Beklagten wegen der Entfernung von Polypen im Querkolon. Die Behandlung erfolgte in der Abteilung Innere Medizin II/Gastroenterologie. Nach einer am 21.01.2005 durchgeführten Koloskopie sowie einer am 24.01.2005 durchgeführten Notfallkoloskopie und Notfallgastroskopie bildete sich am 27.01.2005 am rechten Unterarm des Klägers im Bereich der ehemaligen Einstichstelle einer Viggo eine oberflächliche Venenentzündung. Ferner entwickelte sich beim Kläger im Tagesverlauf Fieber bis zu

39,5 Grad. Die Ärzte der Beklagten verordneten ab diesem Tag das Antibiotikum Unacid oral. Ab dem Abend des 27.01.2005 litt der Kläger u.a. unter Nackenschmerzen, die sich ausweislich der Pflegedokumentation in den Folgetagen in unterschiedlicher Ausprägung zeigten. Am 29.01.2005 wurde eine Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule angefertigt, die u.a. mit ausgeprägten degenerativen Veränderungen mit Osteochondrose HWK 3/4 und 4/5 befundet wurde. In dieser Aufnahme kam der Bereich HWK 7 nicht zur Darstellung. Am 30.01.2005 wurde durch den Oberarzt O ein unfallchirurgisches Konsil durchgeführt; in diesem stellte O eine erhebliche Verspannung im Sinne von Myogelosen rechts paravertebral der HWS ohne neurologische Ausfälle sowie eine degenerative Veränderung fest. Als Therapie wurde eine Quaddelung rechts paravertebral der Halswirbelsäule vorgenommen. Am 31.01.2005 fand ein allgemeinchirurgisches Konsil statt, in dessen Rahmen u.a. eine Sonografie durchgeführt wurde. Therapeutisch wurde eine Ruhigstellung der rechten Hand auf einer Cramer-Schiene, lokale Kühlungen und eine Antibiose veranlasst. Nachdem der Kläger in der Nacht vom 31.01.2005 auf den 01.02.2005 ausweislich der Pflegedokumentation weiter unter Nackenschmerzen litt, wurde am 01.02.2005 in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis J in N eine Kernspintomographie der Halswirbelsäule durchgeführt. Der Radiologe diagnostizierte einen entzündlichen Weichteilprozess prävertebral rechtsbetont mit intraspinaler Beteiligung zwischen C 2 bis C 7 und empfahl, wie telefonisch besprochen, eine Vorstellung in der Neurochirurgie. Noch am 01.02.2005 wurden die Kernspintomographieaufnahmen an die Neurochirurgie des D-Hospitals N übermittelt. Der dortige neurochirurgische Konsiliararzt empfahl eine Liquordiagnostik zum Ausschluss einer Meningitis, ggf. eine antibiotische Abdeckung, eine neurologische Vorstellung sowie die Diagnostik eines weiteren Achsenskeletts und sah zu diesem Zeitpunkt keinen neurochirurgischen Handlungsbedarf. Ebenfalls am 01.02.2005 wurde die Antibiose von dem Medikament Unacid auf das Medikament Ciprobay umgestellt. Am Abend des 01.02.2005 scheiterte zweimal der Versuch einer Lumbalpunktion. Im Verlaufe des Morgens des 02.02.2005 klagte der Kläger über Nackensteifigkeit und sein gesamtes Bewegungsmaß des Oberkörpers war eingeschränkt. Ab dem Nachmittag gab er auch eine Lähmung im linken Arm an. Der Versuch, an diesem Tag eine Szintigrafie durchzuführen, scheiterte. Nachdem sich anlässlich dieser Untersuchung weitere Lähmungserscheinungen ergeben hatten, wurde der Kläger notfallmäßig in die Neurochirurgie des Universitätsklinikums N verlegt, wo noch am Abend des 02.02.2005 eine operative Ausräumung eines bis in den Epiduralraum reichenden Abszesses im Bereich der Halswirbelsäule durchgeführt wurde.

Der Kläger hat behauptet, dass es fehlerhaft gewesen sei, nach dem 27.01.2005 keine weiteren laborchemischen Kontrollen durchzuführen. Im Hinblick auf die aufgetretenen HWS-Beschwerden sei die weitere Diagnostik unzureichend gewesen.

Die am 29.01.2005 durchgeführte Röntgendiagnostik sei ebenfalls unzureichend gewesen, zumal die untere Halswirbelsäule nicht dargestellt worden sei. Es seien keine neurologischen Untersuchungen durchgeführt worden, insbesondere auch nicht unverzüglich nach der

Empfehlung des neurochirurgischen Konsiliarius am 01.02.2005. Die Versäumnisse seien als grob fehlerhaft zu bewerten. Zudem sei die Antibiose mit Unacid spätestens nach Kenntnis der entsprechenden Keimresistenz ab dem 29.01.2005 inadäquat gewesen. Der Kläger hat eine komplette Querschnittssymptomatik erlitten, die bei frühzeitiger Diagnostik und operativer Sanierung des Abszesses verhindert worden wäre. Er habe mehrere Monate im Rollstuhl gesessen und leide dauerhaft unter Lähmungserscheinungen im linken Bein und in beiden Armen, ferner unter einer Harn- und Stuhlinkontinenz. Seine vorher bestehende psychische Erkrankung, die vor der Behandlung stabil eingestellt gewesen sei, sei reaktiviert worden.

Die Beklagte ist dem Haftungsbegehren nach Grund und Höhe entgegen getreten. 9
Hinsichtlich der am 27.01.2005 diagnostizierten Thrombophlebitis seien Diagnostik in Form einer Blutkultur und Therapie in Form von Antibiose und Lokaltherapie eingeleitet und letztlich Fieberfreiheit erzielt worden. Weil der Kläger über frühere Schmerzen an Armen und Halswirbelsäule berichtet habe, sei am ersten Wochenende nur eine Lokaltherapie durchgeführt worden. Die ab dem 29.01.2005 durchgeführte Stufendiagnostik hinsichtlich der Halswirbelsäulenbeschwerden sei richtig gewesen, wobei es auch zu einer kurzzeitigen Besserung gekommen sei. Die Beklagte hat die vom Kläger behaupteten Folgen sowie die Kausalität der Behandlung bei ihr für diese Folgen bestritten.

Mit dem angefochtenen Urteil vom 08.07.2010 hat das Landgericht nach Einholung eines 10
schriftlichen chirurgischen Gutachtens des Sachverständigen F, der sein Gutachten auch mündlich erläutert hat, die Klage abgewiesen.

Zur Begründung hat die Kammer ausgeführt, dass nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme 11
eine fehlerhafte Deutung erhobener Befunde nicht festgestellt werden könne. Die Ärzte der Beklagten hätten vor dem 02.02.2005 nicht von einer Entzündung der Bandscheibe (Spondylodisitis) ausgehen müssen. Die erhöhte Körpertemperatur und Entzündungsparameter seien auf die Venenentzündung am rechten Unterarm zurückzuführen gewesen. Die Beschwerden im HWS-Bereich seien mit den degenerativen Veränderungen und mit einem zwei Wochen vorher erlittenen Fahrradsturz des Klägers erklärbar gewesen. Insbesondere aufgrund der äußersten Seltenheit des beim Kläger eingetretenen Verlaufes sei die objektive Fehldeutung der Symptome nicht vorwerfbar. Die ab dem 29.01.2005 durchgeführte Diagnostik sei nicht zu beanstanden. Insbesondere sei es nicht fehlerhaft gewesen, nicht am 31.01.2005 oder früher einen Neurologen hinzuzuziehen, da bis zu diesem Zeitpunkt

keine schwerwiegenden neurologischen Symptome vorgelegen hätten. Selbst wenn ab dem 12
31.01.2005 bzw. 01.02.2005 die Hinzuziehung eines Neurologen geboten gewesen sei – eine solche Unterlassung stelle maximal einen einfachen Fehler dar -, sei dem Kläger hieraus kein Schaden entstanden. Denn nach klinischer Untersuchung und Diagnosestellung hätte der Neurologe eine Kernspin-Untersuchung angeordnet, die frühestens am 01.02.2005 – wie tatsächlich geschehen – hätte stattfinden können. Danach wäre noch eine Szintigrafie erforderlich gewesen. Dass ein Neurologe eine frühzeitigere Operation angeordnet hätte, sei nicht feststellbar, da sich bis zum Mittag des 02.02.2005 keine Hinweise für die Notwendigkeit eines sofortigen Eingreifens ergeben hätten. Die verzögerte Umstellung der Antibiose sei nicht fehlerhaft gewesen, da die Ärzte angesichts des klinischen Bildes des Klägers von einer Wirksamkeit des Mittels Unacid hätten ausgehen dürfen. Selbst wenn eine frühzeitigere Umstellung erfolgt wäre, stehe nicht fest, dass die Abszessbildung an der Halswirbelsäule verhindert worden wäre.

Der Kläger verfolgt mit seiner Berufung seine erstinstanzlich gestellten Anträge gegen die Beklagte vollumfänglich weiter.

Der Kläger rügt mit seiner Berufung, dass es verfahrensfehlerhaft gewesen sei, seinem Antrag auf Terminsverlegung wegen Verhinderung seiner Person nicht zu entsprechen. Im Hinblick darauf, dass es unzutreffend sei, dass der Kläger schon früher aufgrund eines Fahrradsturzes Nackenbeschwerden verspürt habe, sei eine Befragung des Klägers zu diesem Punkt erforderlich gewesen. Zudem stelle die Verweigerung einer Schriftsatzfrist zum Beweisaufnahmetermin vom 08.07.2010 eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. 14

Die Auseinandersetzung mit dem vom Kläger vorgelegten Privatgutachten des Neurologen M sei unzureichend. Der gerichtliche Sachverständige bzw. das Landgericht hätten fehlerhaft auf einen chirurgischen Standard abgestellt, obwohl die Behandlung auf einer internistischen Station erfolgt sei. Es sei nicht nachvollziehbar gewesen, die Halswirbelsäulensymptomatik auf einen Fahrradsturz bzw. degenerative Veränderungen zurückzuführen, weil sich Eintragungen hinsichtlich solcher Beschwerden vorher – auch im Krankenhaus – nicht finden ließen. Die Beschwerden seien erst zeitgleich mit der Entzündung des rechten Arms aufgetreten. Erst recht gelte dies für den Abend des 30.01.2005, an dem das Landgericht die Einträge im Pflegeprotokoll richtig wiedergegeben habe, wonach erstmals ein Kribbeln und Stechen in beiden Armen und Beinen bestanden und der Kläger die Nacken- und Rückenschmerzen nur noch im Sitzen habe aushalten können. Die am 29.01.2005 erstellten Röntgenaufnahmen seien mangels Darstellung des Bereichs HWK 7 unzureichend gewesen; in diesem Bereich habe sich später der Abszess gebildet. Das für den 30.01.2005 dokumentierte Kribbeln sei zwingend Anlass für eine neurologische Untersuchung gewesen. Die Antibiose sei mangels rechtzeitiger Umstellung auf ein wirksames Medikament fehlerhaft gewesen. Zumindest in der Zusammenschau der 15

Behandlungs- und Diagnosefehler sei ein grober Behandlungsfehler anzunehmen. Soweit das Landgericht angenommen habe, selbst bei früherer neurologischer Untersuchung sei kein anderer Ablauf zu erwarten gewesen, sei verkannt worden, dass eine Skelettszintigrafie nicht erforderlich gewesen sei ebenso wenig wie eine Lumbalpunktion, so dass hierdurch ein Zeitverlust nicht eingetreten wäre. Spätestens angesichts der am Morgen des 02.02.2005 aufgetretenen Nackensteifigkeit hätte unverzüglich eine notfallmäßige Operationsindikation gestellt werden müssen; das weitere Zuwarten um Stunden sei nicht vertretbar gewesen. Schließlich habe das Landgericht übersehen, dass bei rechtzeitiger neurologischer Untersuchung am 29.01.2005 eine Reizung der Hirnhäute als klinisch-neurologisches Alarmsignal erkannt und eine Nichtreaktion hierauf sich als grober Fehler dargestellt hätte. 16

Der Kläger beantragt, 17

unter Abänderung des angefochtenen Urteils, 18

1. 19

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger ein Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der EZB seit dem 20.09.2005 zu zahlen, 20

2. 21

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger für vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten 2.924,07 Euro nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der EZB seit dem 22

03.01.2009 (Datum der Klagezustellung) zu zahlen,

3.	23
festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger sämtliche materiellen Schäden sowie zukünftige immaterielle Schäden aus der Behandlung vom 20.01.2005 bis 02.02.2005 zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.	24
Die Beklagte beantragt,	25
die Berufung des Klägers zurückzuweisen.	26
Die Beklagte verteidigt das Urteil des Landgerichts unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens und insbesondere unter Verweis auf das Gutachten des Sachverständigen F.	27
Wegen des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.	28
Der Senat hat die Ehefrau des Klägers informatorisch angehört. Ferner hat der Sachverständige F ein ergänzendes mündliches Gutachten erstattet. Wegen der Einzelheiten wird auf das Sitzungsprotokoll des Senatstermins vom 14.02.2011 sowie den Vermerk des Berichterstatters vom gleichen Tage verwiesen.	29
II.	30
Die zulässige Berufung des Klägers hat in der Sache keinen Erfolg.	31
Der Senat folgt bei der Beurteilung des medizinischen Geschehens den überzeugenden Ausführungen des chirurgischen Sachverständigen F, der als ehemaliger Chefarzt einer chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses über eine große Sachkunde verfügt. Auch nachdem der Sachverständige F sein Gutachten vor dem Senat erneut mündlich erläutert und ergänzt hat, war ein Behandlungsfehler der Mitarbeiter des beklagten Krankenhauses nicht festzustellen.	32
1.	33
Aus der für die Beurteilung des Behandlungsgeschehens maßgeblichen ex-ante-Sicht war es für die Mitarbeiter der Beklagten auf der internistischen Station, auf der der Kläger behandelt wurde, nicht geboten, am 27.01.2005 oder 28.01.2005, als die Thrombophlebitis am rechten Unterarm und am Abend des 27.01.2005 erstmals Nackenschmerzen aufgetreten waren, einen Facharzt für Neurologie hinzuzuziehen. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen F waren die am 27.01. und 28.01.2005 aufgetretenen erhöhten Fieberwerte ohne Weiteres mit der am rechten Unterarm aufgetretenen Thrombophlebitis im Bereich der ehemaligen Einstichstelle der Viggo zu erklären. Die an diesen beiden Tagen in der Pflegedokumentation erwähnten Nackenschmerzen des Klägers waren für die Mitarbeiter der Beklagten damit erklärbar, dass der Kläger, wie sich aus der unverdächtigen Dokumentation der Beklagten ergibt, am Aufnahmetag anamnestisch angegeben hatte, vor einer Woche vom Fahrrad gestürzt zu sein und sich dabei leichte Prellungen an den Schultern zugezogen zu haben. Dass der Kläger tatsächlich unter solchen Bewegungseinschränkungen beider Schultern nach einem Fahrradunfall litt, ergibt sich auch aus den Eintragungen in der Karteikarte seiner Hausärztin T, in der für den 18.01.2005	34

dokumentiert ist: „Multiple Schürfwunde Knie, Hände bds. nach Fahrradunfall, Bewegungseinschr. beide Schultern ? G.-Hosp. z.A.“ Ferner ergeben sich diese Beschwerden aus einem Arztbrief des G-Hospitals N vom 19.01.2005 über eine am 18.01.2005 stattgefundene ambulante Behandlung. In diesem Arztbrief ist dokumentiert, dass der Kläger am Vortag mit dem Rad gestürzt sei und dabei beide Arme, Hände und Schultern verletzt worden seien. Befundet wurden u.a. eine algiforme Bewegungseinschränkung sowie eine Druckschmerzhaftigkeit beidseits im Bereich des proximalen Humerus über dem

ventralen Schulterkonturbereich. Hinzu kommt, dass sich nach den Ausführungen des Sachverständigen F derartige Nackenbeschwerden auch durch das vermehrte Liegen im Krankenhausbett ergeben können. Insoweit war es sachgerecht und entsprach dem medizinischen Standard, am 27.01.2005 eine Blutkultur anzulegen sowie ein Antibiotikum zu verordnen. Selbst wenn die Nackenbeschwerden erst nach einer Woche des Krankenhausaufenthaltes und in etwa zeitgleich mit dem Entstehen der Thrombophlebitis am rechten Unterarm auftraten, mussten die Beklagten ein entzündliches Geschehen im Bereich der Halswirbelsäule nicht in ihre Überlegungen einbeziehen. Denn derartige Nackenbeschwerden können auch erst mehrere Tage nach einem Unfallereignis auftreten; ferner war von den Ärzten der Beklagten deshalb kein Zusammenhang zwischen der Thrombophlebitis und den Nackenbeschwerden herzustellen, weil es sich bei der Verlagerung eines entzündlichen Geschehens vom rechten Unterarm in den Bereich der Halswirbelsäule um eine absolute medizinische Rarität handelt, die zu diesem Zeitpunkt nicht in die Überlegungen mit einzubeziehen war.

2. 36

Auch am 29.01.2005 war es nicht geboten, den Kläger fachneurologisch untersuchen zu lassen. Die an diesem Tag weiterhin bestehenden Nackenschmerzen sowie Bewegungseinschränkungen im Nacken waren über die oben genannten anamnestischen Angaben des Klägers hinaus nunmehr zusätzlich mit den Ergebnissen einer am 29.01.2005 durchgeführten Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule zu erklären. Diese Röntgenuntersuchung hatte eine Steilstellung der Halswirbelsäule sowie ausgeprägte degenerative Veränderungen mit Osteochondrose im Bereich HWK 3/4 und 4/5 ergeben, so dass nunmehr auch durch eine bildgebende Untersuchung die Nackenbeschwerden des Klägers plausibel zu erklären waren. Dabei war es unerheblich, dass in den angefertigten Röntgenbildern der Bereich HWK 7 nicht dargestellt worden ist. Zum einen ist diese unterbliebene Darstellung des Bereichs HWK 7 nicht Ergebnis einer fehlerhaft durchgeführten Röntgendiagnostik; nach den Ausführungen des Sachverständigen F ist es üblich, dass bei einer seitlichen Röntgenaufnahme der Bereich HWK 6/7 durch die Schultern verdeckt wird und man insoweit keine Chance hat, diesen Bereich zu röntgen. Zum anderen ist die fehlende Darstellung des Bereichs HWK 7 auch deswegen ohne medizinische Auswirkungen geblieben, weil sich der später in der Universitätsklinik N ausgeräumte Abszess entgegen den Ausführungen des Klägers in der Berufungsbegründung nicht in diesem nicht dargestellten Bereich HWK 7 befand, sondern ausweislich der Unterlagen des Universitätsklinikums N im Bereich des HWK 3/4. Dass sich der Abszess in diesem Bereich der Halswirbelsäule befand, hat auch der vom Kläger beauftragte Privatsachverständige M in seinem Gutachten bestätigt.

Entgegen den Angaben des Klägers in der Berufungsbegründung ergibt sich aus den Behandlungsunterlagen seiner Hausärztin T, dass er tatsächlich bereits seit längerer Zeit an Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule litt. So ist in den Karteikarten der T unter dem 07.12.2004 notiert: „Nacken + Schulterschmerzen bds. durch Schleudertrauma vor einem J.“ 38

Entsprechende Eintragungen für eine Behandlung nach Unfall vom 13.12.2003 finden sich auch in der Karteikarte für den 15.12.2003. Daher ergibt sich aus den Eintragungen in der Karteikarte von T, dass sich bereits ein Unfallereignis mit der Folge von HWS-Beschwerden am 13.12.2003 abgespielt haben muss. Entsprechende Beschwerden sind dann bei einer Untersuchung bei T noch am 12.01.2005 vorhanden gewesen und dokumentiert worden. Ferner finden sich in den Behandlungsunterlagen der Hausärztin T Unterlagen einer mit der Unfallversicherung des Klägers, der I, bezüglich des genannten Unfallereignisses geführten Korrespondenz. So ist in einem Fragebogen zu einem Unfallereignis vom 13.12.2004 (hierbei muss es sich nach den sonstigen Eintragungen in der Karteikarte der T um einen Schreibfehler handeln; vielmehr muss es nach dem Gesagten um ein Unfallereignis vom 13.12.2003 gehen) ausgeführt, dass der Kläger subjektiv über Schmerzen an Halswirbelsäule und Schultern klagte. Als objektiver Befund ist eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der HWS und der Schultern angegeben. Die Antwort auf die Frage nach bestehenden Krankheiten oder Gebrechen zum Zeitpunkt des Unfallereignisses lautete „degeneratives HWS-Syndrom, Asthma, Depressionen“ und diejenige auf die Frage nach derzeitigen subjektiven Beschwerden „Schmerzen der paravertebralen Muskulatur“. Als Diagnose ist „Distorsion HWS“ aufgeführt und ferner, dass wahrscheinlich degenerative Vorschäden vorliegen mit Verschlechterung der Beschwerden durch Unfall. Als Prognose ist schließlich angegeben „Schmerzen und Bewegungseinschränkung der HWS“. Dazu passen auch ein weiteres an die I gerichtetes Arztattest der T vom 27.12.2004, in dem als unfallbedingte Verletzung eine Distorsion der HWS mit persistierenden Schmerzen im HWS- und Schulter-Arm-Bereich angegeben ist, sowie ein weiteres Schreiben der T an die I vom 17.12.2005, in dem ausgeführt ist, dass der Kläger angegeben habe, dass er bereits vor dem Unfall vom 13.12.2004 (insofern ist wiederum von einem Unfall am 13.12.2003 auszugehen) an HWS-Beschwerden gelitten habe, die Häufigkeit und Intensität vor dem Unfall aber geringer gewesen sei. Bei der klinischen Untersuchung am 12.01.2005 habe sich eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit Myogelosen und konsitutiven Cephalgien gezeigt. Mithin ergibt sich aus der Zusammenschau der Unterlagen der Hausärztin des Klägers T, dass der Kläger schon seit längerem unter Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule litt und aktuell unter Schulterbeschwerden aufgrund eines kurz vor der stationären Aufnahme bei der Beklagten erlittenen Fahrradunfalls.

Mithin war es nicht fehlerhaft, dass die Ärzte der Beklagten auch am 29.01.2002 hin- 39

sichtlich der aufgetretenen Nackenbeschwerden über die anamnestischen Angaben des 40
Klägers hinaus von den tatsächlich vorher bestehenden und nunmehr auch durch die bei der
Beklagten angefertigten Röntgenbilder bestätigten degenerativen Veränderungen der
Halswirbelsäule ausgingen, so dass auch an diesem Tag die Hinzuziehung eines Neurologen
nicht geboten war.

3. 41

Auch ab dem 30.01.2005 ist ein Behandlungsfehler der Mitarbeiter der Beklagten nicht 42
ersichtlich; insbesondere war auch ab diesem Zeitpunkt eine fachärztliche neurologische
Untersuchung nicht geboten. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen
F hatte sich die Nackensymptomatik in den Tagen vom 30.01.2005 bis zum 01.02.2005 nicht
wesentlich verändert und war nach wie vor insbesondere mit den oben beschriebenen
degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule des Klägers zu erklären. Die
Hinzuziehung eines neurologischen Facharztes wäre nur dann geboten gewesen, wenn sich
erheblichere neurologische Ausfälle als die in den Krankenunterlagen, insbesondere der
ausführlichen Pflegedokumentation, der Beklagten dargestellten Beschwerden ergeben

hätten. Insbesondere hatte der am 30.01.2005 hinzugezogene unfallchirurgische Konsiliararzt, der Oberarzt O, ebenfalls eine erhebliche Verspannung im Sinne von Myogelosen rechts paravertebral der HWS ohne neurologische Ausfälle sowie eine degenerative Veränderung diagnostiziert. Auf Basis der Ausführungen des Sachverständigen F ist davon auszugehen, dass der unfallchirurgische Konsiliararzt am 30.01.2005 jedenfalls eine grobe neurologische Untersuchung in der Form durchgeführt hat, dass er die Beweglichkeit der Arme und der Beine überprüft hat. Ohne eine jedenfalls grobe Untersuchung wäre die im Konsiliarbericht vom 30.01.2005 enthaltene Formulierung „ohne neurologische Ausfälle“ nicht erklärbar. Insoweit und entgegen den Behauptungen des Klägers war diese Untersuchung und Befundung durch den unfallchirurgischen Konsiliararzt O doch insofern von Wert, als dass jedenfalls wesentliche neurologische Ausfälle nicht festzustellen waren. Auch die am 30.01.2005 abends kurzzeitig aufgetretene Fieberzacke mit einer Temperatur von 38,1 Grad war nach den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen nicht besorgniserregend und nach wie vor mit der Thrombophlebitis am rechten Unterarm zu erklären, also mit einem lokalen Geschehen im Bereich des rechten Unterarms. So hatte auch ein am 31.01.2005 durchgeführtes allgemeinchirurgisches Konsil im Bereich des rechten Unterarms nach wie vor eine flächige Rötung und Schwellung mit Überwärmung und Schmerzen sowie sonografisch einen kleinen Verhalt ergeben, so dass als lokale Therapie die Ruhigstellung der Hand auf einer Cramer-Schiene, eine lokale Kühlung und eine Antibiose angeordnet wurde. Zudem ergab sich am 31.01.2005 deshalb kein Anlass für die Hinzuziehung eines

Neurologen, weil ausweislich der Pflegedokumentation für diesen Tag die Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule zurückgegangen und nach den dokumentierten Angaben des Klägers nunmehr erträglich waren.

43

Soweit das Landgericht in seinem Urteil für den 30.01.2005 zugrunde gelegt hat, dass der Kläger an diesem Tag erstmals ein leichtes Kribbeln und Stechen in beiden Armen und Beinen verspürt habe, war für den Senat nicht feststellbar, dass an diesem Tag tatsächlich solche Zustände beim Kläger vorlagen. Aus der vom Senat im Einzelnen überprüften Behandlungsdokumentation des beklagten Krankenhauses gehen solche Zustände jedenfalls nicht hervor. Auf den entsprechenden Hinweis des Senats im Senatstermin haben weder der Sachverständige F noch der Klägervertreter vermocht, eine entsprechende Stelle in der Behandlungsdokumentation aufzuzeigen, so dass bei der Beurteilung des medizinischen Geschehens eine solche Symptomatik nicht berücksichtigt werden kann.

44

Nicht fehlerhaft, sondern richtig und geboten war es auch, nachdem ausweislich der Pflegedokumentation nach vorübergehender Besserung am 31.01.2005 am 01.02.2005 wieder ausgeprägtere Nackenschmerzen auftraten und der Kläger den Kopf kaum bewegen konnte, keinen Neurologen hinzuzuziehen, sondern die Beschwerden nunmehr durch eine weitere bildgebende Untersuchung in Form einer Kernspintomographie der Halswirbelsäule abzuklären und, nachdem seitens des Radiologen, der die Diagnose eines entzündlichen Weichteilprozesses prävertebral rechts betont mit intraspinaler Beteiligung zwischen C 2 bis C 7 gestellt hatte, den konsiliarischen Rat eines Neurochirurgen einzuholen. Nachdem der neurochirurgische Konsiliararzt des D-Hospitals N aufgrund der ihm übermittelten Aufnahmen der Kernspintomographie vom gleichen Tage die Empfehlung einer Liquordiagnostik zum Ausschluss einer Meningitis, eine konsiliarische neurologische Vorstellung und eine Diagnostik des Achsenskeletts empfohlen hatte und zur Zeit keinen neurochirurgischen Handlungsbedarf sah, war es auch an diesem Abend nicht mehr geboten, einen Fachneurologen hinzuzuziehen. Denn auch an diesem Tag bzw. am Abend dieses Tages lagen keine erheblichen neurologischen Ausfälle vor, die die eilbedürftige Hinzuziehung eines

45

Neurologen noch am Abend des 01.02.2005 geboten hätten. Dies gilt insbesondere auch in Anbetracht dessen, dass der neurochirurgische Konsiliararzt zum Zeitpunkt seiner Befundung keinen neurochirurgischen Handlungsbedarf sah.

Soweit der Kläger in diesem Zusammenhang eingewandt hat, dass der neurochirurgische Konsiliararzt des D-Hospitals N seine Empfehlungen auf Basis der Angabe der Ärzte der Beklagten, dass keine neurologischen Ausfallerscheinungen vorliegen, abgegeben hat, ist dies nicht zu beanstanden. Denn wie bereits oben ausgeführt, lagen bis zum Zeitpunkt des neurochirurgischen Konsils tatsächlich keine gravierenden neurologischen Ausfallerscheinungen vor bzw. sind solche aus der

46

ausführlichen Dokumentation der Beklagten nicht ersichtlich. Vielmehr lag hinsichtlich der bei dem Kläger ab dem 27.01.2005 aufgetretenen Nackenbeschwerden ein wechselndes, nicht aber sich wesentlich oder gar dramatisch verschlechterndes Beschwerdebild vor. So hatten sich ausweislich der Behandlungsdokumentation auch, nachdem gegen 21.00 Uhr am 01.02.2005 seitens der Ärzte der Beklagten zweimal eine Lumbalpunktion versucht worden war, keine Schmerzen im Lumbalbereich und insbesondere keine Ausfallerscheinungen ergeben.

47

Schließlich ist auch kein fehlerhaftes Verhalten darin zu sehen, dass nicht unmittelbar am Morgen des 02.02.2005 eine neurologische Untersuchung veranlasst worden bzw. eine Verlegung auf eine neurochirurgische Station erfolgt ist. Insoweit war kein medizinischer Standard festzustellen, der es geboten hätte, weitere neurologischen Untersuchungen nach der Empfehlung des neurochirurgischen Konsiliararztes vom 01.02.2005 schon am Morgen des 02.02.2005 durchzuführen und nicht erst, wie von der Beklagten beabsichtigt und geplant, erst im Laufe des Tages weitere Untersuchungen, beispielsweise in Form eines Szintigramms, vorzunehmen und den Kläger dem Neurologen am Nachmittag des 02.02.2005 vorzustellen. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass sich auch am Morgen des 02.02.2005 noch keine erhebliche Verschlechterung im Beschwerdebild ergeben hatte. So ist ausweislich der Pflegedokumentation für den Zeitpunkt 7.00 Uhr an diesem Tag notiert, dass die Nackenproblematik unverändert sei. Insofern war es nach den Angaben des Sachverständigen F richtig und geboten, zunächst eine weitere Untersuchung in Form einer Szintigrafie durchführen zu lassen, um einen möglichen Abszess genauer lokalisieren zu können. Eine zwingende medizinische Notwendigkeit zu weitergehenden Maßnahmen ergab sich dann erst für den Nachmittag des 02.02.2005, als sich die Situation des Klägers innerhalb kürzester Zeit dramatisch verschlechterte; insoweit ist auch in der Pflegedokumentation für den 02.02.2005 um 14.30 Uhr erstmals notiert, dass der Kläger Lähmungserscheinungen im linken Arm angab. Hierauf hat die Beklagte nach den Ausführungen des Sachverständigen richtig und in der gebotenen Weise mit der notfallmäßigen Verlegung des Klägers in die Neurochirurgie des Universitätsklinikums N reagiert.

48

Insgesamt ergab sich daher nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen F zu keinem Zeitpunkt für die Ärzte der Beklagten die zwingende Erforderlichkeit, zwischen dem 27.01.2005 und dem 02.02.2005 eine fachneurologische Untersuchung zu veranlassen. Darüber hinaus war nach den Ausführungen des Sachverständigen F auch nicht feststellbar, dass, falls eine fachneurologische Untersuchung frühzeitiger stattgefunden hätte, diese zu einem anderen Behandlungsverlauf geführt hätte. Auch ein Neurologe hätte bei seiner Untersuchung einen schwerwiegenden Befund erheben müssen, um die Indikation für eine operative Intervention stellen zu können. Dass ein Neurologe einen sol-

49

chen Befund angesichts des sich aus den Behandlungsunterlagen darstellenden Beschwerdebildes des Klägers, insbesondere der sich nicht wesentlich verschlechternden, sondern zwischenzeitlich teilweise verbessernden, Nackenbeschwerden des Klägers, erhoben hätte, hat der Sachverständige F für sehr unwahrscheinlich gehalten. Insoweit hat auch der vom Kläger beauftragte Privatsachverständige M in seinem Gutachten ausgeführt, dass sich eine solche Operationsindikation im Wesentlichen nach dem klinischen Befund des Patienten richtet.

Soweit der Sachverständige M in seinem Gutachten bereits eine frühere fachneurologische Untersuchung gefordert hat, überzeugen dessen Ausführungen nicht. So hat der Privatsachverständige in seinem Gutachten nicht hinreichend berücksichtigt, dass bei dem Kläger seit längerer Zeit, wie sich aus den Unterlagen der behandelnden Hausärztin T ergibt, Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule vorlagen, die durch zwei Unfallereignisse Ende des Jahres 2003 und Anfang des Jahres 2005 verstärkt wurden und aufgrund derer die persistierenden Nackenbeschwerden erklärbar waren. Zum anderen berücksichtigt der Privatsachverständige an keiner Stelle seines Gutachtens, dass es sich bei dem Verlauf der Erkrankung des Klägers mit dem Auftreten einer Halswirbeldiscitis nach einer Entzündung im Unterarm um eine absolute Rarität handelte und diese nur sehr schwer erkennbar und diagnostizierbar war. Schließlich hat der Privatsachverständige auch nicht hinreichend berücksichtigt, dass die jedenfalls aus den Behandlungsunterlagen ersichtliche Beschwerdesymptomatik im Wesentlichen gleich bleibend war, sich also bis zum Eintritt der dramatischen Ereignisse des 02.02.2005 jedenfalls nicht wesentlich verschlechtert, sondern sich zwischenzeitlich sogar verbessert hatte. Aus Sicht des Senats scheint das Privatgutachten daher einen optimalen Behandlungsverlauf aus der ex-post-Sicht darzustellen, ohne hierbei aber aus der maßgeblichen ex-ante-Sicht hinreichend zu berücksichtigen, dass das Beschwerdebild, insbesondere die Nackenbeschwerden, mit anderen Ursachen erklärbar war und nicht, wie der gerichtliche Sachverständige F ausgeführt hat, jedwede Form von Nackenbeschwerden die Hinzuziehung eines Facharztes für Neurologie erfordert. Der Sachverständige F hat dagegen im Einzelnen diese Problematik herausgearbeitet, indem er zwar aus der ex-post-Sicht die frühzeitigere Hinzuziehung eines Neurologen oder Neurochirurgen als noch wertvoller angesehen aber aus der maßgeblichen ex-ante-Sicht das Behandlungsregime der Beklagten mit stufenweisen Untersuchungen als zeitnah, sachgerecht und nicht fehlerhaft beschrieben hat.

4. 52

Nach den ergänzenden Erläuterungen des Sachverständigen F ist auch kein Fehler in der antibiotischen Behandlung des Klägers festzustellen. Der Sachverständige hat in Vorbereitung des Senatstermins aus den Unterlagen des 53

nachbehandelnden Universitätsklinikums N entnommen, dass das von den Mitarbeitern der Beklagten verabreichte Antibiotikum Unacid gegen die beim Kläger festgestellten Keime voll wirksam war. Anlässlich der Ausräumung des Abszesses in der Universitätsklinik N am 02.02.2005 wurde nochmals ein Abstrich entnommen und im Labor untersucht. Aus dem entsprechenden Laborbericht vom 05.02.2005 ergibt sich, dass die beim Kläger nachgewiesenen Keime gegen das verabreichte Mittel Unacid sensibel waren. Ein Widerspruch zu den Laborergebnissen, die von der Beklagten eingeholt worden sind und von dem Labor in O telefonisch am 28.01.2005 und schriftlich am 29.01.2005 an die Beklagte übermittelt worden sind, ergibt sich deshalb nicht, weil nach den Ausführungen des Sachverständigen F von diesem Labor das Kombinationspräparat Unacid als solches nicht getestet worden ist. Insofern ist es nach den Angaben des Sachverständigen auch durchaus 54

üblich, dass ein Krankenhaus oder ein behandelnder Arzt erst nach mehreren Tagen die endgültige Information erhält, ob ein bestimmtes Medikament, insbesondere also ein Kombinationspräparat, gegen die jeweils nachgewiesenen Keime wirksam ist.

Da sich somit letztlich herausgestellt hat, dass das verabreichte Antibiotikum Unacid voll wirksam war, ist kein Fehler der Beklagten darin zu sehen, dass die Antibiose nicht frühzeitiger umgestellt worden ist. 55

Die diesbezüglichen Ausführungen des Sachverständigen M in seinem Privatgutachten sind aufgrund der späteren Feststellungen des Sachverständigen F gegenstandslos und überholt, da der Sachverständige M insoweit die Behandlungsunterlagen des Universitätsklinikums N nicht ausgewertet und in seinem Gutachten berücksichtigt hat. 56

5. 57

Soweit der Kläger die Einholung eines ergänzenden neurologischen Gutachtens beantragt hat, war diesem Antrag nicht nachzugehen. Der Sachverständige F war als Facharzt für Unfallchirurgie und langjähriger Chefarzt einer chirurgischen Klinik zur Beantwortung der maßgeblichen Beweisfragen kompetent. Der Sachverständige F hat für den Senat überzeugend erklärt, dass auch ein Unfallchirurg bei seinen Untersuchungen beachten muss, dass jedenfalls grob neurologische Untersuchungen durchzuführen sind und er zu ermitteln hat, ob wesentliche neurologische Ausfallerscheinungen vorliegen. So kennt der Unfallchirurg beispielsweise auch Spastiken sowie sog. Viergliedmaßensymptomatiken. Da sich vorliegend der wesentliche Behandlungsfehlervorwurf darauf bezieht, dass durch die konsiliarisch tätig gewordenen Chirurgen, insbesondere den am 30.01.2005 behandelnden Unfallchirurgen O keine ausreichenden neurologischen Untersuchungen durchgeführt oder veranlasst worden sind, und diese Konsiliarärzte als Angestellte der Beklagten wesentlich in das Behandlungsgeschehen eingebunden waren, betrifft dies das Fachgebiet des Chi- 58

surgen bzw. des Unfallchirurgen. Soweit der chirurgische Sachverständige F Ausführungen dazu gemacht hat, welche Befunde ein Facharzt für Neurologie bei einer fachneurologischen Untersuchung erhoben hätte bzw. welche weiteren Maßnahmen er veranlasst hat, war ein ergänzendes neurologisches Gutachten deshalb nicht einzuholen, da es auf die Beantwortung dieser Frage nicht streitentscheidend ankam. Vielmehr ist bereits entscheidend, wie oben ausgeführt, dass aus Sicht der in der Klinik der Beklagten behandelnden Ärzte, insbesondere aus der Sicht der chirurgischen Konsiliarärzte, eine frühzeitigere Vorstellung beim Neurologen gar nicht geboten war. 59

Aus den zuletzt genannten Erwägungen war dem Kläger auch nicht die von ihm im Senatstermin beantragte Schriftsatzfrist zu gewähren. Der Klägervertreter hat nämlich die Schriftsatzfrist ausdrücklich im Hinblick auf die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen dazu, was ein Facharzt für Neurologie bei einer frühzeitigeren Untersuchung befundet hätte, beantragt. Hierauf kommt es aber, wie ausgeführt, nicht streitentscheidend an. 60

6. 61

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10 und 711 ZPO. 62

Wegen Fehlens der Voraussetzungen des § 543 ZPO war die Revision nicht zuzulassen. 63
