
Datum: 05.12.2001
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 51/01
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2001:1205.5U51.01.00

Vorinstanz: Landgericht Bonn, 9 O 502/98

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 14.2.2001 verkündete Urteil des Landgerichts Bonn (9 O 502/98) wird auf ihre Kosten zurückgewiesen. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 12.000.- DM abwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet. Die Sicherheitsleistungen können auch durch selbstschuldnerische Bürgschaft einer deutschen Großbank oder öffentlich-rechtlichen Sparkasse erbracht werden.

Tatbestand:

1

Die Klägerin befand sich von 1992 bis 1996 wegen einer bestehenden HIV-Infektion bei der Beklagten in Behandlung. Die Beklagte führte bei ihr eine Behandlung mit Hypericin, einem naturheilkundlichen Wirkstoff, durch und verzichtete auf den Einsatz der in dieser Zeit üblichen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren, die mit erheblichen Nebenwirkungen verbunden waren. Zu Beginn der Behandlung unterzeichnete die Klägerin eine Erklärung, in der es heißt, dass sie darüber aufgeklärt worden sei, dass die Behandlung von AIDS mit AZT dem heutigen Stand medizinwissenschaftlicher Erkenntnis entspreche, mit Hypericin auf der Grundlage von wissenschaftlichen Untersuchungen bislang beim Menschen aber nicht belegt sei, und dass sie - nach durchgeführter Behandlung mit AZT und/oder nach Aufklärung über die Wirkung und Nebenwirkungen von AZT - mit der Behandlung auf Hypericin-Basis einverstanden sei und diese Behandlung wünsche. Unter der Behandlung der Beklagten entwickelte sich das Krankheitsbild der Klägerin zunächst günstig. Insbesondere die für die Beurteilung des Immunstatus wichtigen CD 4-T-Helferzellen stiegen innerhalb von drei Jahren zunächst an, fielen dann aber etwa ab Herbst 1994 stetig ab, zuletzt in dramatischem Maße. Die Beklagte behielt ihr Behandlungskonzept bei, auch als aufgrund der Blutwerte vom

2

Ausbruch der Krankheit AIDS auszugehen war. Im Oktober 1995 erkrankte die Klägerin an einer Lungentuberkulose, die im Januar 1996 ihre notfallmäßige Einlieferung in eine Klinik erforderlich machte, und in der Folge an weiteren gravierenden Infektionen. Nach einem weiteren dramatischen Abfall der CD 4-T-Helferzellen im Sommer 1996 wurde die Klägerin in lebensbedrohlichem Zustand am 2.8.1996 in das L.-Krankenhaus in N. eingeliefert, wo die bisherige Behandlung abgebrochen und auf eine zu diesem Zeitpunkt neuartige Kombinationstherapie umgestellt wurde, bei der zwei Reverse-Transkriptase-Inhibitoren mit einem Proteaseinhibitor zusammen eingesetzt werden. Dies führte schließlich - etwa ab Mitte 1997 - zu einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Klägerin. Seitdem sind bei ihr keine schwerwiegenden Begleiterkrankungen mehr aufgetreten und die Blutwerte haben sich stabilisiert.

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, das Festhalten an der Behandlung ausschließlich mit Hypericin habe mit dem deutlichen Abfallen der CD 4-T-Helferzellen, spätestens aber ab Herbst 1995, einen groben ärztlichen Behandlungsfehler dargestellt. Sie hat behauptet, zu den lebensbedrohlichen Erkrankungen des Jahres 1996 wäre es nicht gekommen, hätte die Beklagte rechtzeitig die Behandlung auf konventionelle Methoden umgestellt. Außerdem seien ab Ende 1995 die Kombinationspräparate mit Proteaseinhibitoren erhältlich gewesen. Sie hätte daher auch diese Mittel noch rechtzeitig einsetzen können und müssen. Aufgrund der fehlerhaften Behandlung habe sie rund zwei Jahre lang unter dem Ausbruch der AIDS-Erkrankung mit den damit verbundenen opportunistischen Erkrankungen und der damit einhergehenden Lebensgefahr gelitten. Über Behandlungsalternativen sei sie nicht hinreichend aufgeklärt worden. Dies rechtfertige ein angemessenes Schmerzensgeld von mindestens 75.000.- DM, dessen Zahlung sie beantragt hat.

3

Die Beklagte hat einen Behandlungsfehler bestritten und behauptet, mit der Klägerin seien die Vor- und Nachteile der Therapie insbesondere unter Abwägung der erheblichen Risiken und Nebenwirkungen, die mit der bis 1995 gängigen Therapie verbunden waren, in jeder Phase der Behandlung genau abgesprochen gewesen. Sie hat die Auffassung vertreten, die Beibehaltung der Hypericin-Behandlung sei nicht als Behandlungsfehler anzusehen. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei letztlich darauf zurückzuführen, dass sich die Klägerin regelmäßig nicht an die dringend empfohlenen Verhaltensregeln gehalten habe. Ab Herbst 1995 sei eine Umstellung auf eine chemische Therapie ohnehin nicht in Betracht gekommen, zunächst, weil die Klägerin schwanger gewesen sei, danach im Hinblick auf die Tuberkuloseerkrankung. Die herkömmlichen Therapien seien auch nicht geeignet gewesen, den Gesundheitszustand der Klägerin nachhaltig zu verbessern. Die Kombinationstherapie mit Proteaseinhibitoren habe erst in der zweiten Jahreshälfte 1996 zur Verfügung gestanden.

4

Das Landgericht hat nach Einholung eines Sachverständigengutachtens die Klage abgewiesen mit der Begründung, die Klägerin habe nicht nachweisen können, dass ihr verschlechterter Gesundheitszustand auf der Behandlung durch die Beklagte beruht habe. Zwar sei der Beklagten vorzuwerfen, dass sie trotz der deutlichen Verschlechterung der Blutwerte die Hypericin-Behandlung nicht abgebrochen habe und zu anderen Methoden gewechselt sei, jedoch könne nicht mit hinreichender Sicherheit davon ausgegangen werden, dass eine solche Therapie auch angesprochen wäre. Die Kombinationstherapie mit Proteaseinhibitoren, die seitdem den Standard bei der AIDS-Behandlung darstelle, habe noch nicht zur Verfügung gestanden. Zugunsten der Klägerin griffen auch nicht etwa Beweiserleichterungen ein, denn einen groben Behandlungsfehler stelle das Festhalten an der von der Beklagten gewählten Therapie nicht dar. Aus einem etwaigen Aufklärungsmangel, dessen Vorliegen die Kammer dahinstehen gelassen hat, ergebe sich nichts anderes.

5

Mit ihrer - form- und fristgerecht eingelegten und begründeten - Berufung rügt die Klägerin, dass die Kammer zu Unrecht die Kausalität verneint habe. Der Sachverständige habe hinreichend klar zum Ausdruck gebracht, dass es bei Wechsel der Therapie Ende 1994/Anfang 1995 nicht zu dem fatalen Verlauf der Krankheit gekommen wäre. Jedenfalls sei von einer Beweislastumkehr auszugehen, da die Handlungsweise der Beklagten als grober Behandlungsfehler zu qualifizieren sei. Auch dies sei bei verständiger Würdigung der Feststellungen des Sachverständigen zu entnehmen. Im übrigen handele es sich hierbei um eine Wertung, die das Gericht und nicht der Sachverständige zu treffen habe. Auch das Unterlassen einer rechtzeitigen Aufklärung über etwaige Behandlungsalternativen stelle sich als grober Behandlungsfehler dar.	6
Die Klägerin beantragt,	7
##blob##nbsp;	8
##blob##nbsp;	9
##blob##nbsp;	10
unter Abänderung des landgerichtlichen Urteils die Beklagte zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt werde, mindestens jedoch 75.000.- DM nebst 4% Zinsen seit dem 30.6.1996, zu zahlen.	11
Die Beklagte beantragt,	12
die Berufung zurückzuweisen.	13
Sie hält an ihrer Auffassung fest, dass ihr kein Behandlungsfehler vorzuwerfen sei, schon gar kein grober, und vertieft ihr erstinstanzliches Vorbringen.	14
Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die wechselseitigen Schriftsätze nebst Anlagen, wegen des Ergebnisses der erstinstanzlich durchgeführten Beweisaufnahme auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. M. (Bl. 300 ff. d.A.) und das Protokoll der mündlichen Verhandlung vor der Kammer vom 21.12.2000 Bezug genommen.	15
E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :	16
Die Berufung ist zulässig, hat in der Sache aber keinen Erfolg. Das Landgericht hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung, auf die der Senat Bezug nimmt, zurück gewiesen. Das Berufungsvorbringen rechtfertigt keine andere Beurteilung und gibt nur Anlass zu folgenden ergänzenden Bemerkungen:	17
1.	18
Zutreffend geht die Kammer davon aus, dass die Ursächlichkeit eines etwaigen Behandlungsfehlers der Beklagten nicht festgestellt werden kann. Die entsprechenden Ausführungen des erstinstanzlichen Gutachters, Prof. Dr. M., mögen in der Wortwahl zwar - vor allem zu Beginn seines Gutachtens - etwas missverständlich wirken, in der Sache sind sie letztlich aber eindeutig. Sie geben keinen Anlass zu einer weiteren Anhörung des Sachverständigen oder gar zu einer anderweitigen Begutachtung. Der Sachverständige hat auf die entsprechend formulierte Beweisfrage im schriftlichen Gutachten ausgeführt: Ob und inwieweit die Anwendung anderer, damals zur Verfügung stehender Behandlungsmethoden	19

den Ausbruch der AIDS-Erkrankung hätte verhindern können, sei retrospektiv rein spekulativ. Es sei zwar anzunehmen ("muss jedoch postuliert werden"), dass mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit die Erkrankung durch eine Dreifachtherapie hätte verhindert werden können, was daraus zu schließen sei, dass sich der Zustand der Klägerin trotz des schlechten Immunstatus durch die Behandlung ab September 1996 in Form einer Kombination von zwei Reverse Transkriptase-Inhibitoren und einem Proteaseinhibitor deutlich gebessert habe. Diese Einschätzung bezieht sich aber ausschließlich, wie die Kammer zutreffend ausgeführt hat, auf eine Behandlung, die zum Zeitpunkt, als nach Auffassung des Sachverständigen ein Wechsel der Therapie angezeigt war (Ende 1994/Anfang 1995) eben noch nicht ärztlicher Standard und im übrigen mangels Verfügbarkeit geeigneter Medikamente auch gar nicht möglich war. Die Aussage des Sachverständigen, dass der erste Proteaseinhibitor erstmals im Dezember 1995 im Ausland zugelassen wurde, erstmals im Januar 1996 über die internationale Apotheke in Deutschland verfügbar war und erst im Oktober 1996 überhaupt in Deutschland zugelassen wurde, ist eindeutig. Zu dem Zeitpunkt, für den der Sachverständige einen Therapiewechsel für angezeigt gehalten hat, war diese Behandlung also zweifelsfrei nicht verfügbar. Im Hinblick auf die im Zeitraum 1994/1995 allein mögliche Behandlung ausschließlich durch Reverse Transkriptase-Inhibitoren hat der Sachverständige lediglich feststellen können, dass der Ausbruch der Krankheit "möglicherweise" hätte verhindert werden können. Er hat diese, für sich bereits unmissverständlichen, Feststellungen im Rahmen der mündlichen Anhörung noch einmal eindeutig klargestellt, und nur eine "gewisse Wahrscheinlichkeit" gesehen, den Krankheitsausbruch durch die damals zur Verfügung stehenden Mittel zu verhindern. Eine gewisse Wahrscheinlichkeit oder eine bloße Möglichkeit genügt aber nicht, um den rechtlichen Anforderungen (§ 286 ZPO) an den Nachweis der Kausalität zu genügen. Selbst die für die später verfügbaren Therapiemöglichkeiten vom Sachverständigen angenommene "hohe Wahrscheinlichkeit" würde nicht ausreichen.

Die Ausführungen des Sachverständigen sind nicht nur in sich stimmig und in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Sie lassen auch keinerlei Raum für Zweifel, ob die Frage der Kausalität tatsächlich auch anders beurteilt werden könne. Auch die Klägerin trägt nichts vor, was Ansatzpunkt für derartige Zweifel sein könnte. Tatsächlich ergeben sämtliche zu den Akten gereichten wissenschaftlichen Arbeiten (und entspricht es auch dem Wissen des Senats), dass der Ausbruch der AIDS-Erkrankung jedenfalls mit den damals zur Verfügung stehenden Mitteln nicht mit dem für § 286 ZPO notwendigen Maß an Gewissheit zu verhindern war. 20

2. 21

Die Klägerin kann sich auch nicht auf Beweiserleichterungen, gar in Form einer Beweislastumkehr, berufen. Die Handlungsweise der Beklagten kann jedenfalls nicht als grob fehlerhaft angesehen werden. Auch insoweit ist der Kammer und den zugrundeliegenden Ausführungen des Sachverständigen zu folgen. Grob fehlerhaft ist nach der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung ein Verhalten des Arztes, das eindeutig gegen bewährte Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstößt, und das aus objektiver medizinischer Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil es einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (BGH NJW 1983, 2080; NJW 1995, 778; NJW 1996, 2428; BGH-Report 2001, 683; 2001, 684 f.; 2001, 687). Dabei handelt es sich zwar um eine juristische, dem Tatrichter obliegende Beurteilung. Doch muss diese in vollem Umfang durch die vom Sachverständigen mitgeteilten Fakten getragen werden und sich auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens durch den Sachverständigen stützen können ("objektive medizinische Sicht"). Es ist dem Tatrichter nicht gestattet, ohne entsprechende Darlegungen oder gar entgegen den medizinischen Ausführungen des 22

Sachverständigen einen groben Behandlungsfehler aus eigener Wertung zu bejahen (BGHZ 138, 1, 6 f.; BGH VersR 1997, 315, 316; VersR 1999, 231, 232; VersR 2000, 1146, 1148; BGH-Report 2001, 683; 2001, 684 f.; 2001, 687). Der Sachverständige hat die Vorgehensweise der Beklagten, nämlich das Unterlassen einer gezielten antiretroviralen Behandlung spätestens ab 1995, zwar in seinem schriftlichen Gutachten als "nicht mehr vertretbar" bezeichnet, und dies damit begründet, dass die Behandlung ausschließlich mit Hypericin nach rund dreijähriger Behandlungsdauer keine durchgreifende Wirkung gezeigt habe; es habe nicht dem "state of the art" entsprochen, auf antiretroviral wirkende Medikamente zu verzichten. Er hat aber hierzu erläuternd im Rahmen der mündlichen Anhörung ausgeführt, dass zum hier interessierenden Zeitpunkt, in dem die damals angewendete Kombinationstherapie einen entsprechenden medizinischen Standard dargestellt habe, sich die gesamte AIDS-Forschung und -Therapie noch in einem Entwicklungsstadium befunden und es gerade auch im Hinblick auf die Standardtherapie noch viele ungeklärte Punkte, auch viele Komplikationen und Gefahren gegeben habe. Von daher sei die Entscheidung der Beklagten, bei ihrer eingeschlagenen Therapie zu bleiben und weiterhin auf die "schulmedizinische" Standardtherapie zu verzichten, nicht schlechterdings unverständlich. Es komme hinzu, dass der Krankheitsverlauf bei der Klägerin sehr kompliziert gewesen sei. Unter Einbeziehung und Abwägung dieser Gesichtspunkte ist der Sachverständige zu der abschließenden Bewertung gelangt, dass die Handlungsweise der Beklagten zwar als fehlerhaft, nicht jedoch als grob fehlerhaft anzusehen sei.

Diese Einschätzung aus medizinischer Sicht ist ohne weiteres nachzuvollziehen und überzeugend. Sie trägt die juristisch zu treffende Wertung, dass ein grober Fehler nicht anzunehmen ist. Dem Grundsatz, dass die Wahl der Therapie nach ärztlichem Beurteilungsermessen aufgrund der Gegebenheiten des konkreten Behandlungsfalles und der Erfahrung des Arztes und der Geschicklichkeit in der Behandlungsmethode zu erfolgen hat (BGH NJW 1982, 2121; NJW 1988, 763; NJW 1988, 1516), mithin ein Entscheidungsspielraum des Arztes besteht, kommt besondere Bedeutung zu bei einer Erkrankung, die als unheilbar gilt und bei der die Forschungsansätze für die Behandlung der Erkrankung weit auseinander laufen, wie dies bei AIDS zumindest damals der Fall war. Ist ein Arzt ohnehin nicht generell auf den sichersten Weg verwiesen, sondern - bei entsprechender Rechtfertigung etwa durch angenommene höhere Heilungschancen - grundsätzlich berechtigt, auch eine riskantere Behandlungsmethode zu wählen (vgl. BGH NJW 1988, 2927), so gilt dies erst recht, wenn von "bewährten Behandlungsregeln" im Sinne der Definition im Grunde nicht gesprochen werden kann, erst recht nicht von "gesicherten medizinischen Erkenntnissen". Bei schwersten unheilbaren Erkrankungen, bei denen die als Standard anzusehenden Methoden nur eine relativ unsichere und begrenzte Möglichkeit der Linderung bieten und die zudem mit schwerwiegenden Nebenwirkungen verbunden sind, kann die Verfolgung neuer Behandlungskonzepte durchaus eine echte Alternative darstellen. Die Behandlung mit Hypericin stellte - wie den Ausführungen des Sachverständigen zu entnehmen ist - zumindest aus damaliger Sicht grundsätzlich eine solche Alternative dar, da sie jedenfalls positive psychische Wirkungen auf den Patienten hat und nicht die mit der Standardbehandlung verbundenen Nebenwirkungen aufweist. Es ist auch nicht von der Klägerin bestritten worden, dass die Beklagte in einzelnen Fällen Therapieerfolge erzielt hat, und auch bei der Klägerin hat es zumindest zeitweise deutlich positive Entwicklungen der Krankheit gegeben, nämlich ein signifikantes Ansteigen der CD 4-T-Helferzellen von 234 im Dezember 1993 auf 570 im März 1994, was tendenziell für die Tauglichkeit der Therapie gerade auch bei der Klägerin spricht. Vor diesem Hintergrund hat auch der Sachverständige den Einsatz von Hypericin als "in der damaligen Situation aner kennenswerte Methode" bezeichnet. Unstreitig ist ferner, dass es sich bei der Behandlungsmethode der Beklagten um eine Langzeittherapie handelt, bei der Rückschläge einzukalkulieren waren und keineswegs

einen sicheren Hinweis auf das Scheitern der Behandlung darstellten. Als sich die Helferzellenzahl im Dezember 1994 unter die vom Sachverständigen als kritisch angesehene Grenze von 200 CD 4-T-Helferzellen entwickelte und in der Folgezeit weiter absank, befand sich die Beklagte also in einer relativ schwierigen Abwägungssituation. Es war einerseits keineswegs sicher, dass ihr Behandlungskonzept endgültig gescheitert war, und eine wirklich überzeugende, zwingende Alternative stand (noch) nicht zur Verfügung. Wenn sie in dieser Situation weiter zuwartete (zumal es der Klägerin unstreitig auch im ersten Halbjahr 1995 noch gesundheitlich relativ gut ging), bis der Krankheitsverlauf dramatisch fortgeschritten war, so mag dies fehlerhaft gewesen sein, schlechterdings unverständlich und in keiner Weise nachvollziehbar war es hingegen nicht.

Erst recht liegt kein grober Behandlungsfehler darin, dass die Beklagte davon absah, die Klägerin ab Beginn des Jahres 1996 mit einer Kombinationstherapie unter Einbeziehung von Proteaseinhibitoren zu behandeln. Diese Behandlung stellte zu jenem Zeitpunkt gerade noch keinen ärztlichen Standard dar, wurde es vielmehr erst im Anschluss an einen entsprechenden Kongress von V. im Oktober 1996, also erst, nachdem die Klägerin sich bereits in anderweitiger Behandlung befand. Auch die entsprechenden Medikamente waren in Deutschland noch nicht zugelassen. Behandlungsfehlerhaft kann aber allenfalls das Abweichen vom ärztlichen Standard sein, nicht das Unterlassen einer sich noch in der Bewährung befindlichen alternativen Therapie, die sich in Fachkreisen noch nicht durchgesetzt hat. Schon gar nicht kommt insofern ein grober Behandlungsfehler in Betracht. Die Tatsache, dass die Beklagte als Spezialistin auf ihrem Gebiet auch über die neuesten Entwicklungen unterrichtet gewesen sein dürfte, führt zu keiner anderen Beurteilung.

24

3.

25

Die Klägerin kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, sie sei über die Möglichkeit oder Notwendigkeit einer Umstellung der Therapie nicht hinreichend aufgeklärt worden. Dass die Klägerin zu Beginn der Therapie Anfang 1992 ebenso über die damalige Standardmethode mit AZT aufgeklärt wurde wie über die mit Hypericin zusammenhängenden Unsicherheiten, und dass sie eine entsprechende Erklärung auch unterschrieben hat, hat die Klägerin noch einmal ausdrücklich in der mündlichen Anhörung eingeräumt. Sie hat demnach wirksam der Behandlung durch die Beklagte zugestimmt. Ihr Vorwurf geht dahin, dass diese Behandlung nicht rechtzeitig abgebrochen und zur erfolgversprechenderen Standardmethode gewechselt worden sei. Diesem Wechsel habe sie nur deshalb nicht zustimmen bzw. ihn nicht fordern können, weil die Beklagte sie während der Behandlung nicht angemessen über den Verlauf der Therapie und die möglichen Alternativen aufgeklärt habe. Eine solche unterlassene Aufklärung lässt allerdings nicht die Einwilligung in die Behandlung entfallen, sondern kann nur ihrerseits den Vorwurf des Behandlungsfehlers begründen. Dieser Vorwurf kann aber nicht weiter reichen als der Vorwurf der verfehlten Behandlung selbst. Das Ergebnis einer umfassenden, fortlaufenden Aufklärung, wie sie die Beklagte behauptet, die Klägerin aber bestreitet, hätte nur sein können, dass die Klägerin eine fundiertere Grundlage für die Entscheidung hatte, wie weiter verfahren werden sollte. Den im Festhalten an der eingeschlagenen Therapie möglicherweise zu sehenden Behandlungsfehler der Beklagten vermag dies aber nicht zu vergrößern, insbesondere nicht den Vorwurf eines groben Behandlungsfehlers zu begründen.

26

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit aus §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.

27

Streitwert und Beschwer für die Klägerin: 75.000.- DM

28

