
Datum: 28.04.2004
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 8/02
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2004:0428.5U8.02.00

Tenor:

Auf die Berufung der Beklagten wird das am 20. Dezember 2001 verkündete Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn - 9 O 261/00 - abgeändert.

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger darf die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110% des beizutreibenden Betrages abwenden, wenn die Beklagte nicht vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

1

Der Kläger wurde am 21. Oktober 1999 mit Verdacht auf eine Aortendissektion in die herzchirurgische Intensivstation der Beklagten verbracht. Dort wurde eine Aortendissektion Stanford Typ A festgestellt; diese reichte bis in den Aortenbogen unmittelbar an die Arteria

2

Subclavia links hinein. Der Kläger wurde noch in der Nacht vom 21. auf den 22. Oktober 1999 operiert. Geplant war, die Operation zunächst ohne Herz-Kreislauf-Stillstand durchzuführen. Bei dem Versuch, die Anastomose durchzuführen, erwies sich die Wand der Aorta als zu brüchig, so dass sich der Operateur Prof. P. entschloss, die Operation nunmehr im Herz-Kreislauf-Stillstand fortzuführen. Nach den Behandlungsunterlagen war gegen 2.15 Uhr eine Körpertemperatur von 19 Grad erreicht; eingeleitet wurde der Herz-Kreislauf-Stillstand um 2.29 Uhr. Er dauerte insgesamt 52 Minuten. Während dieser Zeit wurde der Anfangsteil des Aortenbogens schräg reseziert und das freie Ende des Aortenbogens mit zwei Filzstreifen stabilisiert. Danach wurde der Körper des Klägers wieder erwärmt.

Der Kläger leidet seit dem Eingriff an einem apallischen Syndrom mit zunehmend spastischer Tetraparese, schwerster Vigilkanzstörung, Disfalgie und Inkontinenz. 3

Der Kläger hat behauptet, die Operation am 21./22. Oktober 1999 sei behandlungsfehlerhaft durchgeführt worden. Insbesondere habe der Herz-Kreislauf-Stillstand mit 52 Minuten zu lange andauert. Dieser hätte bei zügiger Durchführung der Operation nicht länger als 20-30 Minuten betragen. Die Dauer der Perfusionszeit sei zu lange gewählt worden. Das Herz sei gegen Ende der Operation zu früh und bei zu tiefen Temperaturen kardiovertiert worden. 4

Der Kläger hat beantragt, 5

1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes angemessenes Schmerzensgeld, mindestens aber 2.000,- DM monatlich, ab dem 23. Oktober 1999 jeweils im voraus zum Ersten des Monats zu zahlen, zuzüglich 5% Zinsen aus dem Betrag für den Zeitraum vom 23. Oktober 1999 bis 22. Mai 2000 seit Klagezustellung; 6
2. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihm sämtlich materiellen und immateriellen Schäden - letztere, soweit sie nach dem 23. Mai 2000 entstehen - aus der fehlgeschlagenen Operation vom 21./22. Oktober 1999 in der "R.-F.-W.-Universität zu C., Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie" zu zahlen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger und sonstige Dritte übergehen. 7

Die Beklagte hat beantragt, 8

die Klage abzuweisen. 9

Sie hat behauptet, die Operation sei lege artis erfolgt. Auch in anderen Kliniken werde eine Aortendissektion standardmäßig nicht sofort im Herz-Kreislauf-Stillstand operiert. 10

Das Landgericht hat der Klage mit Urteil vom 20. Dezember 2001 in vollem Umfang stattgegeben und - sachverständig beraten - zur Begründung im wesentlichen ausgeführt, es sei fehlerhaft gewesen, den Kläger nicht sofort im Herz-Kreislauf-Stillstand zu operieren; dies sei aufgrund der Auswertung der zuvor gefertigten Echokardiographie, die eine Aortendissektion bis in den Aortenbogen unmittelbar an die Arteria subclavia links gezeigt habe, angezeigt gewesen. Bei dieser besonderen Situation sei es nicht nachvollziehbar und aus ärztlicher Sicht unverständlich, dass nicht sogleich im Herz-Kreislauf-Stillstand operiert werde. Ein weiterer Fehler liege darin begründet, dass nach Erreichen einer Temperatur von 19 Grad nicht sogleich der Herz-Kreislauf-Stillstand eingeleitet worden sei, sondern man weitere 15 Minuten zugewartet habe. Dazu habe keine nachvollziehbare Notwendigkeit betragen. Es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, unter der der Kläger nunmehr leide, auf die Fehler bei dem operativen 11

Eingriff zurückzuführen seien; verbleibende Zweifel gingen zu Lasten der Beklagten, da von einem groben Behandlungsfehler auszugehen sei.

Gegen dieses ihr am 20. Dezember 2001 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 17. Januar 2002 Berufung eingelegt und das Rechtsmittel mit einem am 2. Mai 2002 eingegangenen Schriftsatz begründet, nachdem die Berufungsbegründungsfrist bis zum 3. Mai 2002 verlängert worden war. 12

Die Beklagte behauptet, es sei entgegen den Feststellungen des vom Landgericht herangezogenen Sachverständigen Prof. F., dessen Kompetenz zweifelhaft sei, weder fehlerhaft noch erst recht nicht grob fehlerhaft, dass der Kläger nicht von Anbeginn der Operation im Herz-Kreislauf-Stillstand operiert worden sei. Aufgrund des präoperativen Echokardiographie-Befundes sei eine Zerschichtung über den Aortenbogen hinaus nicht erkennbar gewesen. Eine Dissektion in den Aortenbogen falle nicht aus dem üblichen Krankheitsbild hinaus. Es sei deswegen aus ex-ante-Sicht fachgerecht gewesen, zunächst zu versuchen, ohne einen mit zusätzlichen Risiken behafteten Herz-Kreislauf-Stillstand zu operieren. Ein solches Vorgehen werde auch in anderen Herzzentren praktiziert. 13

Fehlerhaft sei es auch nicht gewesen, nach dem Abkühlen und bei Erreichen einer Körpertemperatur von 19 Grad nicht sogleich den Herz-Kreislauf-Stillstand herbeizuführen. Durch eine weitere Kühlung würden die Risiken minimiert. Im übrigen habe es 1999 keinen Standard für die Behandlung einer akuten Aortendissektion gegeben. 14

Die Beklagte beantragt, 15

unter Abänderung des angefochtenen Urteils der 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn vom 20. Dezember 1991 - 9 O 261/00 - die Klage abzuweisen. 16

Der Kläger beantragt, 17

die Berufung zurückzuweisen. 18

Er verteidigt das angefochtene Urteil mit Sach- und Rechtsausführungen. Darüber hinaus sieht er Behandlungsfehler darin, dass keine Maßnahmen ergriffen wurden, um den niedrigen MAD vor und nach dem Kreislaufstillstand zu beheben, dass der Zentrale Venendruck nicht gemessen wurde, dass keine Kühlhaube verwendet wurde, dass keine Inspektion der Aorta durchgeführt wurde, dass nicht zuerst die distale Anastomose erstellt wurde, dass auf einen Links-Vent verzichtet wurde und dass nach der Operation keine 30-Grad-Oberkörperlagerung durchgeführt wurde. 19

Wegen aller weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils sowie auf die Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen Bezug genommen. 20

Der Senat hat gemäß dem Beschluss vom 9. Oktober 2002 (Bl. 410 f. d.A.) Beweis erhoben. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Prof. D. vom 17. März 2003 (Bl. 424-428), das schriftliche Ergänzungsgutachten vom 20. Oktober 2003 (Bl. 467-478 d.A.) sowie auf das Protokoll der Sitzung vom 22. März 2004 (Bl. 509-515 d.A.) verwiesen. 21

Entscheidungsgründe 22

Die zulässige Berufung der Beklagten hat in der Sache Erfolg. 23

Die Beklagte ist dem Kläger nicht zur Leistung von Schadensersatz und Schmerzensgeld verpflichtet, denn nach dem Ergebnis der vom Senat in zweiter Instanz veranlassten weiteren Beweiserhebung steht nicht sicher fest, dass den behandelnden Ärzten ein Behandlungsfehler unterlaufen ist; erst recht fehlt es an zureichenden Anhaltspunkten zur Annahme grober Behandlungsfehler. 24

Der vom Senat beauftragte Sachverständige Prof. Dr. D. hat in seiner Begutachtung eingehend ausgeführt, es stelle keinen Behandlungsfehler dar, dass der Kläger nicht sofort im Herz-Kreislauf-Stillstand operiert worden sei. Er hat hierzu ausdrücklich betont, bei der hier durchgeführten, nur sehr selten vorkommenden Operation gebe es in keinen ärztlichen Standard. Auch wenn die Gefäßchirurgen heute mehr und mehr dazu übergehen würden, Operationen der vorliegenden Art primär im Herz-Kreislauf-Stillstand durchzuführen, habe es jedenfalls im Jahr 1999 kein einheitliches Vorgehen gegeben. Die insoweit erstellten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie stammen aus Oktober 2001 und bieten schon deswegen keine zureichenden Anhalt für einen Behandlungsstandard im Jahr 1999. Unabhängig davon hat der Sachverständige dargetan, dass es auch heute kein einheitliches sicheres Vorgehen bei einer Operation der vorliegenden Art gibt. 25

Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. D. ist es danach nicht zu beanstanden, dass der Operateur Prof. P. zunächst versucht hat, den - risikobehafteten - Herz-Kreislauf-Stillstand zu umgehen. Die notwendige Inspektion des Aortabogens muss nicht zwingend bereits im Herz-Kreislauf-Stillstand durchgeführt werden. Als Alternative hierzu ist es nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. D. ebenso fachgerecht, entweder (wie hier geschehen) durch Abklemmen der Aorta zu operieren; ferner gibt es die Möglichkeit, den Aortenbogen nach einer kurzen Entfernung der Klemme zu inspizieren. Das weitere Vorgehen - insbesondere auch die Entscheidung zum Übergang in den Herz-Kreislauf-Stillstand - hängt dann wesentlich von der Größe der Einrisse im Aortenbogen und deren Ausdehnung ab. Es war auch aufgrund der Ergebnisse des Echokardiogramms nicht angezeigt, sogleich im Herz-Kreislauf-Stillstand zu operieren. Die festgestellte Stanford Typ A Dissektion erfordert diese Operationsmethode nicht; vielmehr - so der Sachverständige - gebe es auch heute noch Chirurgen, die die bekannten Gefahren eines Kreislaufstillstandes durch alleiniges Abklemmen der Aorta vermeiden wollten. Nach durchgeführten Untersuchungen habe sich hinsichtlich der verschiedenen denkbaren Operationsarten kein signifikanter Unterschied ergeben. Bei dieser Sachlage kann in der von Prof. P. getroffenen Entscheidung, zunächst nicht im tiefen Kreislaufstillstand zu operieren, kein Behandlungsfehler gesehen werden. Der gegenteiligen Auffassung des in erster Instanz beauftragten Sachverständigen Prof. F., der bei seiner zweiten mündlichen Anhörung vor der Kammer erstmals insoweit einen Behandlungsfehler bejaht hat, vermag der Senat nicht zu folgen; insbesondere ist nicht erkennbar, wie dieser zu der Annahme gelangt, die Operation im Herz-Kreislauf-Stillstand sei hier Standard. Jedenfalls aber kann nach den Ausführungen von Prof. D. das Vorgehen von Prof. P. nicht als grob fehlerhaft eingestuft werden, denn jedenfalls hat dieser nicht gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln und gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen. Dann aber wirkt sich jedenfalls zu Lasten des Klägers aus, dass nicht sicher festgestellt werden kann, ob die Gesundheitsschäden bei ihm gerade durch den Versuch, zunächst ohne Herz-Kreislauf-Stillstand auszukommen, verursacht worden sind. 26

Es ist nach den eingehenden Ausführungen von Prof. D. auch nicht zu beanstanden, dass Prof. P. nach Erreichen einer Körpertemperatur von 19 Grad nicht sogleich in den Kreislaufstillstand übergegangen ist, sondern weitere 15 Minuten zugewartet hat. Auch insoweit gibt es nach den Feststellungen von Prof. D. keinen Standard. Bereits die Angaben, 27

bei welcher Temperatur in den Kreislaufstillstand übergangen werden kann, schwanken erheblich und reichen von 15-25 Grad. Eine optimale Temperatur hat sich insoweit bislang nicht herauskristallisiert. Dann aber kann es nicht als Behandlungsfehler angesehen werden, wenn Prof. P. zunächst eine Abkühlung auf 19 Grad erzielen und sodann durch ein weiteres Zuwarten von 15 Minuten ein weitere Abkühlung erreichen wollte (und auch erreicht hat, denn der Kreislaufstillstand wurde mit einer Temperatur von 18,3 Grad begonnen). Zumindest liegt in diesem Vorgehen kein grober Behandlungsfehler, und sichere Feststellungen dazu, dass gerade jenes Zuwarten die Gesundheitsschäden des Klägers verursacht hat, lassen sich nicht treffen.

Auch die tatsächliche Dauer des Kreislaufstillstandes von 52 Minuten indiziert keinen Behandlungsfehler bei der Durchführung der Operation. Zwar ist es nach den Feststellungen von Prof. D. durchaus nicht selten möglich, den Kreislaufstillstand auf unter 30 Minuten zu begrenzen; es kann allerdings auch zu länger andauernden Operationen mit einer Kreislaufstillstandszeit von 60-70 Minuten kommen. Das muss nicht notwendig an der mangelnden Erfahrung des Operateurs liegen, sondern ist häufig durch schlechtes Gewebe begründet. Vor diesem Hintergrund erlaubt alleine die Dauer der Behandlung nicht - wie der Kläger meint - einen Rückschluss auf eine unzureichende Erfahrung von Prof. P.. Die insoweit fehlende Dokumentation führt nicht zu einer Beweiserleichterung für den Kläger, weil nur besondere Vorkommnisse während der Operation dokumentationspflichtig wären. Dafür ist nichts ersichtlich. Soweit der Kläger unter Hinweis auf eine Entscheidung des BGH (VersR 1989, 289) vorträgt, Prof. P. habe die Operation abbrechen müssen, wenn er hierzu keine ausreichende Erfahrung gehabt habe, sei darauf hingewiesen, dass der Kläger (anders als in dem zu entscheidenden Fall des BGH) notfallmäßig eingeliefert wurde und - wie schon der Sachverständige Prof. F. ausgeführt hat - eine sofortige Operation absolut richtig war, um eine spontane Massenblutung zu unterbinden. 28

Es stellt auch keinen Behandlungsfehler dar, dass Prof. P. mit einem niedrigen Druck beim Einsatz der Herz-Lungenmaschine gearbeitet hat. Auch insoweit hat der Sachverständige Prof. D. klar hervorgehoben, dass es keinen bestimmten Standard gibt. Manche Kliniken bevorzugten einen hohen Druck, manche einen niedrigeren. Maßgebend sei - so der Sachverständige - ohnehin nicht alleine der Druck, sondern auch das durchgeleitete Volumen, das bei niedrigerem Druck höher sei. Der hier vorgekommene Druck von 35 mmHg kann mithin nicht als behandlungsfehlerhaft beanstandet werden. In diesem Zusammenhang ist es, wie der Sachverständige Prof. D. weiter ausgeführt hat, auch nicht von Bedeutung, dass der Kläger Hypertoniker ist. 29

Die Anwendung eines Links-Vents hat keine Relevanz für die Durchführung der Operation, wie der Sachverständige Prof. D. bei seiner mündlichen Verhandlung näher erläutert hat. Ob der - vom Kläger in Abrede gestellte - Einsatz einer Kühlhaube tatsächlich erfolgt ist, kann dahingestellt bleiben, weil deren Verwendung keinen relevanten Einfluss hat. Soweit es schließlich die Oberkörperlagerung angeht, ist nicht ersichtlich, dass eine etwaige Fehllagerung irgendeine Auswirkung auf die Gesundheitsschädigung des Klägers gehabt haben kann. 30

Zusammenfassend sei nochmals hervorgehoben, dass eine Haftung der Beklagten unabhängig von der Frage, ob das Vorgehen von Prof. P. in einzelnen Punkten möglicherweise beanstandet werden könnte, jedenfalls deswegen ausscheiden muss, weil sich - schon angesichts des Fehlen jeglicher Standards - jedenfalls kein grober Behandlungsfehler feststellen lässt und nicht sicher ausgemacht werden kann, in welchem Stadium der Operation die entscheidende Ursache für die Schädigung des Klägers gesetzt 31

wurde. Soweit der Sachverständige Prof. D. in seiner schriftlichen Begutachtung noch davon ausgegangen ist, die Schädigung sei entweder durch den niedrigen Perfusionsdruck vor oder nach dem Kreislaufstillstand oder durch die Dauer des Kreislaufstillstandes selbst verursacht worden, hat er dies bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Senat dahin relativiert, dass er beim besten Willen kein bestimmtes Ereignis hierfür anschuldigen könne. Diese Kausalitätszweifel gehen zu Lasten des Klägers.

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 32

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. 33

Berufungsstreitwert: 76.693,78 EUR (150.000,- DM) 34