
Datum: 21.01.2004
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 99/03
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2004:0121.5U99.03.00

Vorinstanz: Landgericht Bonn, 9 O 543/00

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 5. Mai 2003 verkündete Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn – 9 O 543/00 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufung trägt der Kläger.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger bleibt nachgelassen, die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung oder Hinterlegung von 110% des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Gründe:

I.

Die damals 76 Jahre alte Ehefrau des Klägers begab sich am 7. Juli 1997 zwecks stationärer Behandlung in das Klinikum der Beklagten zu 1). Am Aufnahmetag wurde u. a. ein EKG-Befund erhoben, der die Wahrscheinlichkeit eines alten Hinterwandinfarktes („wahrscheinlich myokardiale Ischemie“) ergab. Am 08.07.1997 wurde sie einer vaginalen Hysterektomie mit Entfernung beider Eierstöcke, vorderer und hinterer Plastik sowie Anheftung des Scheidenendes an das Ligamentum sacrospinale unterzogen. In der Zeit vom 8. bis 12.07.1997 wurden Blutdruck- und Pulskontrollen durchgeführt, EKG genommen, Labordaten erhoben, die Flüssigkeitsbilanz festgestellt und Schmerzmittel verabreicht. Außerdem wurde die Patientin u. a. von dem sie privat behandelnden Beklagten zu 2) klinisch untersucht. Am 11. und 12.07.1997 erfolgten internistische Konsile. Nachdem sich am 12.07.1997 eine dekompensierte Herzinsuffizienz bei absoluter Arrhythmie einstellte, wurde die Patientin um 16:00 Uhr des Tages auf die Intensivstation verlegt. Es ergab sich der Verdacht auf septischen Schock. Während der Intubationsvorbereitungen aspirierte sie Mageninhalt. Im Zuge der Intubation kam es dann zu einer Verletzung der Luftröhre. Schließlich verstarb sie gegen 22:00 Uhr „letztlich an einer akuten respiratorischen Insuffizienz und septischem Schock“ (Arztbrief der Abteilung Innere Medizin vom 16.07.1997).

Die Obduktion des pathologischen Instituts der Beklagten zu 1) ergab u. a. einen 3 mm Defekt in der Wand des terminalen Dünndarms, eine diffuse fibrinös – eitrige Peritonitis, 2000 ml einer mit Darminhalt vermischten Flüssigkeit im Bauchraum sowie einen 4,5 cm langen frischen Defekt der Trachea (Bericht vom 31. Juli 1997).

Der Kläger meint, die Beklagten hätten für den Tod seiner Ehefrau haftungsrechtlich einzustehen. Den Beklagten zu 2) bis 4) sei grobes Versagen vorzuwerfen, weil sie trotz klarer Anzeichen eine sich entwickelnde Peritonitis, die letztlich zur Sepsis geführt habe, nicht erkannt hätten. Jedenfalls hätten sie ab dem 10.07.1997 den Bauch sonographisch und röntgenologisch untersuchen sowie das CRP kontinuierlich kontrollieren müssen, gegebenenfalls die Peritonitis frühzeitig hätte erkannt und behandelt werden können, so dass der Tod der Patientin vermieden worden wäre. Dem Beklagten zu 5) sei fehlerhaftes Vorgehen anlässlich der Notfallmaßnahme (Intubation) vorzuwerfen.

Der Kläger hat als Erbe seiner Frau Schmerzensgeld von 50.000,00 DM sowie Ersatz des ihm angeblich entstandenen und noch entstehenden materiellen Schadens verlangt.

Der hinter den Beklagten stehende Versicherer hat vorprozessual ohne Anerkenntnis einer Rechtspflicht die Beerdigungskosten und ein Schmerzensgeld von 5.000,00 DM gezahlt.

Ein gegen den Beklagten zu 2) eingeleitetes Strafverfahren ist gegen Zahlung einer Buße von 50.000,00 DM nach § 153 a StPO eingestellt worden.

Die Beklagten haben Behandlungsfehler in Abrede gestellt.

Das Landgericht hat nach Einholung eines Sachverständigengutachtens die Klage abgewiesen.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

Dagegen wendet sich der Kläger mit seiner Berufung. Er rügt Rechtsfehler und fehlerhafte Tatsachenfeststellung.

Er beantragt, 12

unter Abänderung des angefochtenen Urteils 13

1. die Beklagten zu 1) bis 5) als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 12.782,30 € nebst 8% Zinsen seit dem 01.05.1998 abzüglich am 05.06.2000 gezahlter 2.556, 46 €, 14

2. die Beklagten zu 1) bis 5) als Gesamtschuldner zu verurteilen an ihn weitere 65.221,41 € nebst 8% Zinsen aus 22.733,06 € seit dem 01.,07.1998 und 8% Zinsen aus weiteren 42.488,36 € seit Rechtshängigkeit zu zahlen, abzüglich am 05.06.2000 gezahlter 9.040,66 € zu zahlen, 15

3. festzustellen, dass die Beklagten zu 1) bis 5) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtlichen weiteren materiellen Schaden, der ihm aus der fehlerhaften Behandlung seiner Ehefrau H. K. vom Juli 1997 entstanden ist bzw. noch entstehen wird, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden. 16

Die Beklagten treten der Berufung entgegen und verteidigen das angefochtene Urteil. 17

Wegen aller Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils sowie die im Berufungsrechtszug gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen. 18

II. 19

Die zulässige Berufung ist sachlich nicht gerechtfertigt. Das angefochtene Urteil beruht weder auf eine Rechtsverletzung noch rechtfertigen die nach § 529 ZPO zugrunde zu legenden Tatsachen eine andere Entscheidung (§ 513 Abs. 1 ZPO). 20

Das Landgericht hat verfahrensfehlerfrei und in der Sache mit Recht angenommen, dass dem Kläger nicht der ihm nach allgemeinen Grundsätzen obliegende Nachweis eines schadensursächlichen Behandlungsfehlers gelungen ist. Auf die insoweit zutreffenden Ausführungen des Landgerichts wird verwiesen. Der Kläger rügt zu unrecht, das Landgericht habe Widersprüche bei der Bewertung des Behandlungsgeschehens durch die verschiedenen Gutachter nicht ausreichend aufgeklärt, insbesondere es fehlsam unterlassen, ein Obergutachten einzuholen. Der Senat ist mit dem Landgericht der Auffassung, dass die Begutachtung durch Prof. Dr. S. eine überzeugende Entscheidungsgrundlage darstellt. 21

Der Vorwurf, die Beklagten zu 2) bis 4) hätten vor dem 12.07.1997 behandlungsfehlerhaft eine Peritonitis, jedenfalls eine sich entwickelnde Peritonitis nicht erkannt, ist nicht bewiesen. Im Kern läuft der Vorwurf auf eine Fehlinterpretation der erhobenen Befunde sowie der zu Tage getretenen Symptome (Befindlichkeit) der Patientin hinaus, die nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler qualifiziert werden kann, weil dem Arzt ein ausreichender Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum gelassen werden muss (vgl. BGH VersR 81, 1033; NJW 03, 2827). Die Schwelle zum haftungsrechtlich relevanten Vorwurf ist freilich überschritten, wenn ein klares Krankheitsbild verkannt wird, das diagnostische Vorgehen für einen gewissenhaften Arzt nicht vertretbar erscheint oder die Fehlinterpretation in erster Linie 22

auf nicht erhobenen elementaren Kontrollbefunden beruht (vgl. BGH NJW 03, 2827; Steffen – Dressler, Arzthaftungsrecht, 9. Aufl., Rn. 154 f.). Diese Voraussetzungen sind nicht bewiesen.

Von einem klaren Krankheitsbild im Sinne einer Sepsis kann erst ab Mittag des 12.07.1997 ausgegangen werden, wobei eine Peritonitis als Ursache erst nach Ausschluss eines kardiopulmonalen Ereignisses am Nachmittag dieses Tages offenbar wurde (Gutachten Prof. Dr. S. S. 20, 21, 22). Diese Feststellungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen Prof. S. stehen im Einklang mit denjenigen von Prof. Dr. B., der in seinem Gutachten vom 07.10.1998 dargelegt hat, dass die ersten klinischen Zeichen eines abdominalen Geschehens mit gleichzeitiger entzündlicher Reaktion im Blutbild am Mittag und Nachmittag des 12.07.1997 zu erkennen waren (S. 5), sowie von Prof. Dr. L. („die richtige Diagnose, nämlich septischer Schock infolge einer postoperativen Bauchfellentzündung konnte nicht früher als am 12.07.1997 gestellt werden“, S. 13 des Gutachtens vom 18.12.1998). Aus den Gutachten von Prof. Dr. M., der als Rechtsmediziner sich selbst zutreffend nur eine eingeschränkte Sachkompetenz für die Beurteilung des Behandlungsgeschehens zugebilligt und die Beiziehung eines gynäkologischen Sachverständigen empfohlen hat (siehe S. 15 seines Gutachtens vom 09.12.1997), ergibt sich in diesem Punkt nichts Gegenteiliges. Prof. Dr. M. hat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Patientin zahlreiche typische Merkmale einer Bauchfellentzündung zunächst nicht vorhanden gewesen seien, jedoch spätestens ab 10.07.1997 Beschwerden vorgelegt hätten, die Hinweischarakter gehabt und die diagnostische Abklärung des Bauchraumes nahegelegt hätten (S. 14). Ein klares Krankheitsbild hat er (erst) für den Todestag angenommen. Auch die Sachverständigen Prof. Dr. Li. (Rechtsmedizin) und Prof. Dr. St. (Gynäkologie) haben dies nicht anders gesehen, denn sie haben noch für den 11.07.1997 (lediglich) Sepsisverdacht postuliert. Schließlich ist auch den gutachterlichen Stellungnahmen von Prof. Dr. O. nichts anderes zu entnehmen.

23

Es kann auch nicht festgestellt werden, dass das diagnostische Vorgehen der Beklagten zu 2) bis 4) unvertretbar war oder die Behandler die Erhebung gebotener Kontrollbefunde unterlassen haben. Der Senat folgt insoweit den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. S.. Ausgangspunkt der Bewertung des Behandlungsgeschehens ist der Umstand, dass die Perforation des Dünndarms im Zuge der konkret durchgeführten Operation nach den übereinstimmenden Angaben aller Sachverständigen ein (sehr) seltenes, freilich nicht gänzlich unvermeidliches Ereignis darstellt. Wesentlich ist ferner, dass eine (sich entwickelnde) Peritonitis regelmäßig mit typischen Symptomen einhergeht, die relativ einfach feststellbar und kaum zu übersehen sind. Auch darin stimmen sämtliche Gutachter überein. Diese sind eine Leukozytose, Temperaturanstieg und abdominelle Zeichen (geblähter Bauch mit harter Bauchdecke). Eine Erhöhung der Leukozyten und ein Temperaturanstieg hat sich indessen lediglich unmittelbar postoperativ am 08. bzw. 09.07.1997 eingestellt, wie sich aus der Dokumentation ergibt. In der Folgezeit haben sich Leukozyten und Temperatur normalisiert. Den kurzzeitigen Anstieg hat Prof. S. als regelmäßige postoperative Folge gedeutet. Dass diese Bewertung ex-ante richtig ist, jedenfalls nahe lag, haben auch die übrigen Gutachter nicht in Abrede gestellt. Ein akuter Bauch (harte Bauchdecke) ist zu keiner Zeit diagnostiziert worden. Der Kläger versucht zu unrecht aus der mangelnden Dokumentation eines Normalbefundes insoweit etwas zu seinen Gunsten herzuleiten. Die klinische Untersuchung des Abdomens gehört nach abdominalen Eingriffen zur absoluten ärztlichen Routine, zumal wenn sich die postoperative Befindlichkeit des Patienten nicht wie erhofft bessert. Solche Maßnahmen sind nicht dokumentationspflichtig. Das ist höchstrichterlich mehrfach entschieden worden (vgl. BGH VersR 84, 386; 93, 836). Ergibt sich kein Befund, d. h. keine Abweichung vom regelhaften Zustand, braucht dies nicht niedergelegt zu werden. Etwas anderes hat keiner der mit der Sache befassten Gutachter als standardgemäß gefordert. Daraus, dass der nachgeordnete Arzt Dr. Sc., der am Abend des

24

Operationstages um 22:00 Uhr die Patientin wegen Schmerzen im Unterbauch untersucht hat, als Ergebnis seiner Untersuchung u. a. „Bauch weich“ niedergelegt hat, ergibt sich nichts anderes. Es ist nachvollziehbar und wohl auch medizinisch nötig, dass der nachgeordnete Arzt dem die Behandlung führenden Arzt (hier dem Beklagten zu 2)) die Ergebnisse seiner Untersuchungen mitteilt. Die Dokumentation dient in erster Linie der Sicherheit des Patienten in der Behandlung, nicht der Beweissicherung. Im übrigen ist die Einlassung der Beklagten (kein akuter Bauch) auch durchaus glaubhaft, jedenfalls nachvollziehbar. Bei der Patientin hat sich selbst bei Aufnahme in der Intensivstation am 12.07.1997 noch eine Abwehrspannung als möglicher Hinweis auf eine Baufellentzündung gezeigt (so der Beklagte zu 5) in seiner Zeugenvernehmung vom 27.09.2000). In dem Arztbrief des Beklagten zu 2) vom 15.07.1997 ist u. a. von einer „guten Peristaltik“ und „etwas geblähten Abdomen“ die Rede. Darüber hinaus haben auch die Gutachter Prof. M. und L./St. dargelegt, dass eine deutliche Abwehrspannung als Hinweiszeichen für einen entzündlichen Krankheitsprozess im Bauchraum im Alter fehlen kann.

Soweit die Gutachter M., Li./St. und O. gleichwohl meinen, spätestens am 10.07.1997 hätten die Behandler gezielt einem Peritonitisverdacht nachgehen müssen (durch Kontrolle des CRP, Sonographie und Röntgen des Bauchraumes), kann dem aus der maßgeblichen Ex-Ante-Sicht nicht gefolgt werden. Das haben die Sachverständigen S., L. und B. überzeugend dargelegt. Zunächst bleibt festzuhalten, dass sich bis zum 12.07.1997 weder anhand der klinischen Befindlichkeit noch der Labordaten ein Hinweis für einen entzündlichen Prozess im Bauchraum ergeben hat. Die Labordaten waren konstant im Normbereich, der einmalige Leukozytenabfall am 11.07.1997 auf 3.700 hatte sich am nächsten Morgen wieder normalisiert (6.400). Der Puls war seit der Operation durchweg grenzwertig erhöht und stieg erst am 11.07.1997 zeitweilig auf 105 an. Die Schmerzmittelgaben deuteten nicht auf einen ungewöhnlichen Verlauf hin. Etwas anderes lässt sich der Dokumentation nicht entnehmen. Der Senat vermag auch nicht nachzuvollziehen, wieso es zu einer Verschlechterung des Zustandes der Patientin gekommen sein soll. Richtig ist, dass sich ihr Zustand – entgegen allgemeiner Erwartung – nicht verbessert hat. Hierauf haben die Behandler indessen reagiert. Wegen der präoperativ auffälligen Kardialbefunde haben sie täglich ein EKG geschrieben, um die Atembeschwerden abzuklären, und ein internistisches Konsil veranlasst, das die kardiopulmonale Situation abklären sollte. Dies hat der Sachverständige Prof. Dr. S. ausdrücklich als richtig bezeichnet, weil die postoperative Lungenentzündung gerade bei älteren Menschen eine gefährliche Situation darstelle. Dass sich wegen der kardialen Auffälligkeit der Patientin eben eine solche Komplikation entwickelt haben könnte, hat der Sachverständige Prof. Dr. S. überzeugend dargelegt. Diesen Punkt haben die Sachverständigen Mo., Li./St. und O. ersichtlich vernachlässigt. Dass sich diese Sichtweise ex post als unrichtig herausgestellt hat, vermag einen Behandlungsfehlervorwurf im Rechtssinne nicht zu begründen. Auf dieser Grundlage erscheint das Unterlassen einer CRP-Kontrolle und der Untersuchung des Bauchraumes mit bildgebenden Verfahren jedenfalls gut nachvollziehbar und deshalb nicht vorwerfbar wie Prof. S. dargelegt hat. Soweit die Rechtsmediziner und Prof. St. sowie O. das anders sehen, kann dem aus den angegebenen Gründen nicht gefolgt werden. 25

Es kommt hinzu, dass nach dem mikrobiologischen Gutachten von Prof. Dr. T. vom 21.02.2001 mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden muss, dass bis zum 12.07.1997 tatsächlich kein sich bemerkbar machender entzündlicher Prozess vorgelegen hat, weil sich wegen der Art der aus dem Dünndarm ausgetretenen Erreger das klassische klinische Bild einer Peritonitis überhaupt nicht entwickelt hat. Diese mikrobiologisch – infektiologische Sicht haben die Gutachter Prof. M. und Li./St. nicht bzw. sogar mit unrichtigen Annahmen in ihre Beurteilung miteinbezogen. Nach Prof. T. braucht es eine 26

bestimmte Konzentration von Bakterien, um konstante Entzündungszeichen auszulösen. In Anbetracht der geringvolumigen Verletzung des Dünndarms und der Art der ausgetretenen Bakterien erscheine es durchaus möglich, dass die Konzentration eben erst sehr spät erreicht worden sei, dann allerdings rasch die Sepsis bewirkt habe. Diesen Feststellungen stehen die Ausführungen von Prof. O. vom 21.05.2003 nicht entgegen.

Eine Haftung des Beklagten zu 5) scheidet aus den zutreffenden Ausführungen des Landgerichts, auf die der Senat zur Vermeidung unnötiger Wiederholungen Bezug nimmt, aus. Die Berufung gibt zu einer ergänzenden Begründung keinen Anlass. Der Kläger zitiert Prof. M. schon nicht richtig, der eben nicht den Verdacht eines Behandlungsfehlers geäußert hat, sondern lediglich dargelegt hat, dass „die ... Komplikation den Verdacht nahe legen könnte“, im nächsten Satz aber sogleich Umstände angegeben hat, die gegen einen Behandlungsfehlervorwurf sprechen. Nachdem das Landgericht dem noch nachgegangen ist, bedarf es keiner weiteren Aufklärung. 27

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision (§ 543 Abs. 2 ZPO) liegen nicht vor. 28

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97, 708 Nr. 10, 711, 108 ZPO. 29