
Datum: 21.12.2011
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 126/11
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2011:1221.5U126.11.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 48/08

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 18.5.2011 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln – 25 O 48/08 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden dem Kläger auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Dem Kläger wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abzuwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

I.

1

Der am 3.5.1935 geborene Kläger wurde am 1.12.2006 nach dem plötzlichen Auftreten starker Brustschmerzen als Notfall mit dem Verdacht auf einen akuten Herzinfarkt im

2

Krankenhaus der Beklagten aufgenommen. Bei stabilen Vitalparametern zeigte das EKG keine typischen Infarktveränderungen. Die Ultraschalluntersuchung des Herzens ergab einen unauffälligen Befund. Am 2.12.2006 führte Prof. Dr. H. die zunächst vom Kläger abgelehnte Herzkatheteruntersuchung durch. Wegen des Befundes wird auf die Behandlungsunterlagen (blauer Umschlag mit der Nr. 2933/06) verwiesen.

Die für die Beklagte tätigen Ärzte behandelten den Kläger konservativ, insbesondere mittels einer antithrombotischen medikamentösen Therapie. Am 5.12.2006 wurde eine Myokardszintigrafie durchgeführt. Am 9.12.2006 wurde der Kläger entlassen. 3

Nachdem erneut starke Brustschmerzen aufgetreten waren, wurde der Kläger am 28.6.2007 im Evangelischen Krankenhaus L. aufgenommen. Nach Verlegung in die D.-Klinik L. legten die operierenden Ärzte am 29.6.2007 vier Bypässe. Am 12.7.2007 wurde der Kläger entlassen. 4

Der Kläger hat der Beklagten im Wesentlichen vorgeworfen, dass bereits im Dezember 2006 eine operative Therapie indiziert gewesen sei. Seinen in der Zeit von Februar 2007 bis April 2008 entstandenen Haushaltsführungsschaden hat er mit 9.792,15 € beziffert. Seine sonstigen materiellen Schäden beliefen sich auf 200 €. 5

Der Kläger hat beantragt, 6

1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen konkrete Bemessung in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit, 7

2. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 9.992,15 € zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit, 8

3. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihm den aus der fehlerhaften Behandlung in der Zeit vom 1.12.2006 bis 9.12.2006 resultierenden zukünftigen Haushaltsführungsschaden, sämtliche weiteren aus dieser Fehlbehandlung resultierenden materiellen Zukunftsschäden sowie die noch nicht konkret vorhersehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen, soweit die hierauf gerichteten Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden, 9

4. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 2.879,80 € vorgerichtliche Rechtsverfolgungskosten nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. 10

Die Beklagte hat beantragt, 11

die Klage abzuweisen. 12

Sie bestreitet die ihr zur Last gelegten Behandlungsfehler. Insbesondere sei eine chirurgische Behandlung im Dezember 2006 nicht indiziert gewesen. 13

Das Landgericht hat nach Einholung eines herzchirurgischen und eines kardiologischen Gutachtens (Bl. 60 ff., 100 ff., 127 ff., 172 ff. d.A.) Behandlungsfehler nicht festgestellt und die Klage abgewiesen. Wegen der Einzelheiten wird auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils verwiesen. 14

Hiergegen wendet sich der Kläger mit der Berufung. Er macht geltend, dass die Beschreibung von Konturunregelmäßigkeiten im Befund der Herzkatheteruntersuchung einen Diagnosefehler darstelle, dass eine Bypassoperation erforderlich gewesen sei und dass die Beklagte gegen ihre Pflicht zur therapeutischen Aufklärung verstoßen habe, indem sie nicht auf die Notwendigkeit einer Herzkatheruntersuchung nach drei Monaten hingewiesen habe.	
Der Kläger beantragt,	16
1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen konkrete Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit,	17
2. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 9.992,15 € zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit,	18
3. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihm sämtliche weiteren materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, welche ihm aus der fehlerhaften Behandlung in der Zeit vom 1.12.2006 bis 9.12.2006 entstanden sind und/oder entstehen werden; immaterielle Schäden dabei nur insoweit, als sie derzeit noch nicht konkret vorhersehbar sind; materielle Schäden, soweit die hierauf gerichteten Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden,	19
4. die Beklagte zu verurteilen, an ihn vorgerichtliche Rechtsverfolgungskosten in Höhe von 2.879,80 € zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit.	20
Die Beklagte beantragt,	21
die Berufung zurückzuweisen.	22
Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.	23
II.	24
Die Berufung ist unbegründet.	25
Der Kläger kann von der Beklagten wegen der Behandlung ab dem 1.12.2006 gemäß §§ 280 Abs. 1, 823 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB weder die Zahlung eines Schmerzensgeldes noch materiellen Schadensersatz verlangen.	26
Das Landgericht hat Behandlungsfehler nach sachverständiger Beratung durch Prof. Dr. E., Prof. Dr. O. und Dr. T. nicht festgestellt. Konkrete Anhaltspunkte, die Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit dieser Würdigung begründen (§ 529 Abs. 1 Nr. 1 ZPO), sind weder dargetan noch ersichtlich.	27
1. Eine herzchirurgische Versorgung des Klägers mittels Bypassoperation war nicht indiziert.	28
a) Der Sachverständige Prof. Dr. E., ein Herzchirurg, hat nach eigener Befundung des Herzkatheterfilms vom 2.12.2006 im schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass der linke Hauptstamm der Herzkranzgefäße Verkalkungen aufweise, die vor seiner Aufteilung zu einer 40 bis 50 prozentigen Einengung führten. Die im schriftlichen Befund der Beklagten beschriebene Konturstörung im Abgangsbereich des Vorderwandastes (RIVA) werde von ihm	29

als 60 bis 70 prozentige Einengung des Gefäßes eingeschätzt. Im Verlauf der Seitenwandarterie (CX) seien Wandunregelmäßigkeiten ohne höhergradige Stenosierung zu sehen. Die rechte Herzkranzarterie zeige eine hochgradige, langstreckige Einengung (Bl. 68 d.A.). Weder habe nach dem Versuch, die hochgradige Einengung im Bereich der rechten Herzkranzarterie aufzudehnen und gegebenenfalls einen Stent zu platzieren, eine Indikation für eine notfallmäßige Bypassoperation noch für eine herzchirurgische Versorgung im Intervall bestanden. Es hätten signifikante Stenosen in zwei Herzkranzgefäßen, nämlich in der rechten Herzkranzarterie und im Abgangsbereich des Vorderwandastes (RIVA), vorgelegen. Die Hauptstammstenose sei noch nicht als relevant einzustufen. Eine signifikante Hauptstammstenose sei erst bei einem Wert von mehr als 50 % anzunehmen. Da der Kläger nach einem abgelaufenen Hinterwandinfarkt beschwerdefrei gewesen sei und eine gute linksventrikuläre Funktion gezeigt habe, sei ein konservativer Therapieversuch mit Medikamenten gerechtfertigt gewesen. Eine operative Therapie hätte bei anhaltenden Beschwerden und/oder eingeschränkter Pumpfunktion des Herzens diskutiert werden müssen (Bl. 69 d.A.). In der Anhörung hat Prof. Dr. E. ergänzt, dass die Frage, ob chirurgisch zu intervenieren oder medikamentös zu behandeln sei, letztlich eine solche des Einzelfalls sei (Bl. 101R d.A.). Eine Herzoperation sei üblicherweise erforderlich, wenn eine koronare Dreiwegserkrankung vorliege, also drei Gefäße signifikant (Stenosierung von 50 % oder 70 %) betroffen seien. Im Streitfall sei eine Operation nicht notwendig gewesen, da eine Minderdurchblutung nicht nachgewiesen gewesen sei (Bl. 101 d.A.).

Der Sachverständige Prof. Dr. O. hat nach eigener Befundung des Herzkatherfilms im Gutachten ausgeführt, dass Verkalkungen des linken Hauptstamms zu sehen seien, die zu einer etwa 40 bis 50 prozentigen – und damit nicht hämodynamisch relevanten – Stenose des linken Hauptstammes führten. Die im Bereich des Ramus interventrikularis anterior (RIVA) beschriebene Konturstörung werde als etwa 50 bis 60 prozentige – und damit mittelgradige – Verengung eingeschätzt. Im Ramus circumflexus (CX) seien keine höhergradigen Stenosen zu sehen. Die rechte Koronararterie stelle sich im Verlauf mit einer langstreckigen hochgradigen Verengung dar (Bl. 134 d.A.). Nach dem Versuch, die Verengung der rechten Herzkranzarterie mit einem Ballon aufzudehnen und gegebenenfalls einen Stent zu implantieren, habe bei beschwerdefreiem und hämodynamisch stabilen Patienten keine Indikation für eine dringliche Bypassoperation bestanden. Die durchgeführte Myokardszintigrafie habe eine Narbe in der Hinterwand bei ansonsten unauffälligem Befund ergeben. Die Untersuchung habe den Nachweis erbracht, dass eine operative Behandlung aller festgestellten Verengungen im Bereich der rechten und linken Koronararterie unabhängig von ihrem Schweregrad zu diesem Zeitpunkt dem Patienten keinen Vorteil hinsichtlich der Myokardperfusion erbracht hätte und habe somit die konservative medikamentöse Therapie der behandelnden Ärzte bestätigt (Bl. 135 d.A.). Dr. T., der an der Erstellung des Gutachtens von Prof. Dr. O. mitgewirkt hat, hat in der Anhörung ergänzt, dass die Quantifizierung einer Sklerose sich als schwierig darstelle und subjektiven Einflüssen unterliege. Für die weitere Therapie sei eine Zusammenschau mit anderen, insbesondere objektivierbaren Befunden erforderlich. Die Myokardszintigrafie habe im Hinblick auf die linke Herzkranzarterie keinen Ischämienachweis erbracht. Damit habe keine hämodynamische Relevanz der dort befindlichen Stenosen vorgelegen. Im Hinblick auf die rechte Herzkranzarterie habe sich im Bereich der Hinterwand totes Gewebe ergeben. Insoweit seien keine Maßnahmen zur Förderung der Durchblutung erforderlich, weil dieses Gewebe nicht wieder aktiviert werden könne (Bl. 172R d.A.). Auch wenn eine Dreigefäßerkrankung vorliege, sei für eine Operation eine hämodynamische Relevanz der Beeinträchtigungen der Gefäße erforderlich (Bl. 173R d.A.).

30

b) Gegenüber diesen überzeugenden, eine Operationsindikation verneinenden Beurteilungen hat der Kläger keine durchgreifenden Einwendungen erhoben.

Den vom Kläger als Ausdruck vorgelegten, ins Internet eingestellten Informationen des Universitätsklinikums U. (Bl. 246 ff. d.A.) und des Universitätsklinikums I. und N. (Bl. 252 ff. d.A.) kann nicht entnommen werden, dass eine Bypassoperation bei einer Stenose, die zu einer Einengung des Gefäßes von mehr als 70 % führt, stets zwingend erforderlich ist. Auch stellen die genannten Informationen die Ausführungen von Prof. Dr. E., Prof. Dr. O. und Dr. T., die eine einzelfallbezogene Beurteilung des Ergebnisses der Herzkatheteruntersuchung und aller sonstigen Untersuchungsbefunde für notwendig gehalten und vorgenommen haben, nicht in Frage. Zwar heißt es in den nunmehr vom Kläger vorgelegten Unterlagen ausdrücklich oder sinngemäß, dass unabhängig vom klinischen Beschwerdebild des Patienten eine Indikation zur Operation bei Koronarstenosen größer als 70 % bestehe, die nicht interventionell angegangen werden könnten. Eine entsprechende Stenose lag im Streitfall in Bezug auf die auf einer längeren Strecke hochgradig verengte rechte Koronararterie vor. Bei den vorgelegten Unterlagen handelt es sich aber nicht um medizinische Literatur oder wissenschaftliche Stellungnahmen, sondern um Patienteninformationen, die die Indikation zu einer Bypassoperation kurz gefasst in wenigen Zeilen abhandeln und beschreiben. Wegen ihres damit notwendig typisierenden, ersichtlich nicht alle Fallgestaltungen erfassenden Charakters können sie eine umfassende, alle Befunde einbeziehende sachverständige Beurteilung schon im Ansatz nicht erschüttern. Dass es weitere Kriterien zur Beurteilung der Indikation einer Bypassoperation als nur den Grad der Verengung der betroffenen Arterie gibt, lässt gerade die Stellungnahme des Universitätsklinikums U. unter der Überschrift „Indikationen zur Bypassoperation“ im zweiten Absatz (Bl. 247 d.A.) erkennen, wo auf weitere Voraussetzungen wie ein vitales Versorgungsgebiet verwiesen wird.

32

Die Begründung, mit der die Sachverständigen trotz der festgestellten Stenosierung insbesondere der rechten Koronararterie die Erforderlichkeit einer Bypassoperation verneint haben, überzeugt. Sowohl den Ausführungen von Prof. Dr. E. als denen von Prof. Dr. O./Dr. T. liegt im Kern zugrunde, dass beim Kläger, soweit nicht durch die Myokardszintigrafie eine Narbe in der Hinterwand nachgewiesen war, eine Minderdurchblutung des Herzmuskels nicht vorlag. Denn die Myokardszintigrafie, die dem Nachweis einer Mangeldurchblutung dient, hatte von der Narbe in der Hinterwand abgesehen ein unauffälliges Ergebnis ergeben. Unabhängig vom Ausmaß der jeweiligen Verengung der Blutgefäße konnte daher eine Bypassoperation zum damaligen Zeitpunkt – weil keine Minderdurchblutung gegeben war oder aber im Bereich der Narbe nicht mehr aktivierbares Gewebe vorlag – keine Verbesserung der Durchblutung des Herzens bewirken. Dass hierin das Ziel einer Bypassoperation liegt, folgt auch aus den vom Kläger vorgelegten Informationen des Universitätsklinikums I. und N. (dort im zweiten Absatz unter der Überschrift „Indikation zur Bypassoperation“, Bl. 253 d.A.). Dem in der Berufungsbegründung angesprochenen Ziel der Vermeidung eines weiteren Herzinfarkts und der Verbesserung der Risikosituation diene, wie Prof. Dr. E. erläutert hat (Bl. 101 d.A.), auch die nicht mit einem Operationsrisiko verbundene medikamentöse Therapie, die eine Progression der Stenosierung und das Entstehen von Blutgerinnseln verhindern sollte.

33

2. Der Umstand, dass der für die Beklagte handelnde Arzt Prof. Dr. H. das, was Prof. Dr. E. und Prof. Dr. O. als 40 bis 50 prozentige Einengung/Stenose des linken Hauptstamms und als 50 bis 60 prozentige (so Prof. Dr. O.) oder 60 bis 70 prozentige (so Prof. Dr. E.) Einengung/Stenose des Vorderwandastes (RIVA) bezeichnet haben, im schriftlichen Befund der Herzkatheteruntersuchung vom 2.12.2006 als Konturunregelmäßigkeiten beschrieben

34

hat, stellt schon keinen Diagnosefehler dar.

Ein Diagnosefehler könnte nur zu bejahen sein, wenn durch Prof. Dr. H. ein klares und eindeutiges Krankheitsbild verkannt worden wäre. So liegt es hier nicht. Dr. T. hat in der Anhörung erläutert, dass es für die Beschreibung von Stenosen in einem Bereich bis zu 50 % Einengung keine verbindliche Einteilung gebe. Die Quantifizierung einer Sklerose stelle sich als schwierig dar und unterliege subjektiven Einflüssen (Bl. 172 f. d.A.). Danach konnte man für Einengungen eines Gefäßes bis zu 50 % durchaus den Begriff Konturunregelmäßigkeiten benutzen. Dieser Bereich ist in Bezug auf den linken Hauptstamm mit einer Einengung von 40 % bis 50 % nicht, in Bezug auf den Vorderwandast (RIVA) jedenfalls nicht klar und eindeutig überschritten. Prof. Dr. O. ist in Bezug auf den Vorderwandast (RIVA) von einer Verengung von 50 % bis 60 % ausgegangen, was den Wert von 50 %, bis zu dem eine Bezeichnung als Konturunregelmäßigkeit möglich ist, mit einschließt. Die Ausführungen von Dr. T. stehen weder in Widerspruch zu denen von Prof. Dr. E. und Dr. O. noch sind sie in sich selbst widersprüchlich. Zwar unterscheiden die gerichtlich tätig gewordenen Sachverständigen zwischen Stenosen/Einengungen und Konturunregelmäßigkeiten, ohne jedoch die Begriffswahl des für die Beklagte tätigen Arztes Prof. Dr. H. zu beanstanden. Dies belegt, dass sich entwickelnde Sklerosierungen und Verengungen eines Gefäßes bis zu 50 % nach dem medizinischen Sprachgebrauch als „Konturunregelmäßigkeiten“ bezeichnet werden können.

35

Selbst wenn in der Bezeichnung als Konturunregelmäßigkeit ein Diagnosefehler gelegen hätte, wäre dieser zudem nicht für einen etwaigen Schaden des Klägers ursächlich. Nach den Ausführungen unter II 1 ergab sich aus dem Herzkatheterbefund ungeachtet der Frage, wie die Gefäßverengungen diagnostisch und begrifflich einzuordnen waren, keine Notwendigkeit einer anderen Therapie, insbesondere war eine Bypassoperation nicht angezeigt.

36

3. Schließlich kann nicht angenommen werden, dass die Beklagte im Rahmen der ihr grundsätzlich obliegenden Verpflichtung zur therapeutischen Aufklärung gehalten gewesen wäre, den Kläger darauf hinzuweisen, dass nach einer bestimmten Frist, etwa drei Monaten, eine Herzkatheteruntersuchung erforderlich war.

37

Dr. T. hat dies ausdrücklich verneint (Bl. 173 d.A.). Entgegen der vom Kläger in der Berufungsbegründung vertretenen Auffassung folgt aus den Ausführungen von Prof. Dr. E. nichts anderes. Dieser hat die Verantwortung für eine engmaschige Überwachung und Kontrolluntersuchungen nach dem stationären Aufenthalt ausdrücklich beim weiterbehandelnden Arzt gesehen, der durch die Mitteilung der Befunde und Untersuchungsergebnisse im Bericht der Beklagten vom 8.12.2006 (bei den Behandlungsunterlagen) ausreichend informiert gewesen sei. Eine weitere Herzkatheruntersuchung hat Prof. Dr. E. nur für den Fall in Betracht gezogen, dass Auffälligkeiten bei geringen Belastungen oder nachts bestanden (Bl. 101R d.A.). Es leuchtet ein, dass ein Krankenhaus einen Patienten, der durch einen niedergelassenen Arzt betreut wird, bei Entlassung nicht über solche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aufklären muss, die nur bei einem bestimmten künftigen Krankheitsverlauf erforderlich werden können. Andernfalls wäre eine Vielzahl unbestimmter Hinweise und Ratschläge erforderlich, die der Patient ohnehin erst nach ärztlicher Überprüfung und Bewertung des Krankheitsverlaufs befolgen könnte.

38

4. Der nicht nachgelassene Schriftsatz des Klägers vom 09.12.2011 gibt zu einer Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung keinen Anlass.

39

5. Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Die entscheidungserheblichen Fragen sind ausschließlich solche des Einzelfalls.

Berufungsstreitwert: 67.328,03 € (wie 1. Instanz)

41