

OLG Zweibrücken: Diagnostik vor Prostata-OP

Urt. v. 20.11.2007 – 5 U 16/05, rkr.

1. Es ist behandlungsfehlerhaft, eine Teiladenomektomie (Teiladenomresektion) der Prostata ohne vorherige weiterführende Diagnostik (wie z.B. Biopsie der Prostata, Bestimmung des freien PSA-Wertes) durchzuführen, um das Vorliegen eines anderen Behandlungsmethoden unterfallenden Prostatakarzinoms auszuschließen.

2. Zur Umkehr der Beweislast für die Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Gesundheitsschaden bei einem Verstoß gegen diese Befunderhebungspflicht.

(LG Frankenthal (Pfalz) - 4 O 233/03)

Aus den Gründen:

I. Der am ... 1928 geborene Kläger, selbst – allerdings seit über 25 Jahren nicht mehr praktizierender – Urologe, macht Ansprüche aus Arzthaftung nach einer Prostata-Adenomektomie am 4.12.2001 geltend. Dem liegt – zusammengefasst – Folgendes zugrunde:

Der Kläger befand sich mindestens seit 1994 in urologischer Behandlung. In diesem Jahr wurde in dem von der Beklagten zu 1) betriebenen Krankenhaus eine benigne Prostatahyperplasie (eine gutartige Vergrößerung der Prostata) diagnostiziert. In den Folgejahren befand sich der Kläger in urologischer Behandlung bei niedergelassenen Ärzten in Wo. Diese erhoben regelmäßig Laborwerte, die am 11.8.1998 einen PSA-Wert von 8,16 und am 19.10.2000 von 9,08 ergaben. Da der Kläger zunehmende Miktionsbeschwerden hatte, begab er sich vom 9.7.2001 bis zum 12.7.2001 stationär in das Krankenhaus der Beklagten zu 1). Dort wurden am 9.7.2001 ein PSA-Wert von 10,30 und am 12.7.2001 ein solcher von 9,2 sowie ein Wert des freien PSA von 1,1 (= 12 % des PSA-Wertes) festgestellt. Das Adenom war palpatorisch und nach einer transrektalen Ultraschalluntersuchung unauffällig. Dem Kläger wurde wegen der Miktionsbeschwerden zur Operation geraten, weshalb er sich am 3.12.2001 wiederum in die stationäre Behandlung in das Krankenhaus der Beklagten zu 1) begab. An diesem Tag wurde ein PSA-Wert von 10,7 festgestellt. Der freie PSA-Wert wurde nicht ermittelt. Am 3.12.2001 wurde der Kläger über die Risiken einer endoskopischen Operation bei gutartiger Vorsteherdrüsenvergrößerung mittels eines Aufklärungsbogens und eines Gespräches mit einem Arzt aufgeklärt. Am 4.12.2001

nahm der Beklagte zu 2) an dem Kläger eine Adenomektomie nach Millin, einen endoskopischen Eingriff, vor, bei dem ein 158g schweres Adenom der Prostata entfernt wurde. Die histologische Untersuchung des entfernten Gewebes ergab ein Prostatakarzinom Stadium pT1a mit einem Gleason – Score von 3 +2 = 5. Am 13.12.2001 betrug der PSA-Wert noch 6,6.

Am 14.12.2001 verließ der Kläger auf eigenen Wunsch das Krankenhaus. Ihm wurde empfohlen, die PSA-Werte weiter kontrollieren zu lassen.

Am 4.3.2002 betrug der PSA-Wert wieder 8,10, der des freien PSA 0,44 und am 8.4.2002 der PSA-Wert 8,99, der des freien PSA 0,60, am 6.8.2002 schließlich 10,2/0,81. Am 27.11.2002 fand daraufhin eine radikale Prostataektomie mit Lymphknotenausräumung im Westfalz-Klinikum in ... statt. Operationsbedingt erlitt der Kläger einen Herzanfall und eine Urosepsis. Nach der Operation unterzog er sich einer stationären strahlentherapeutischen Behandlung im Klinikum Ma. vom 23.9.2003 bis zum 28.11.2003.

Der Kläger hat seine Klage in erster Instanz, mit der er ein Schmerzensgeld in einer Größenordnung von 30.000 € nebst Zinsen geltend gemacht hat, auf mehrere Behandlungs- sowie Aufklärungsmängel gestützt. Er hat behauptet, es sei angesichts der vorangegangenen Befunderhebungen behandlungsfehlerhaft gewesen, eine weiterführende Diagnostik zu unterlassen (Stanzbiopsie, Schnellschnitt unter der OP mit ggf. nachfolgender Totalausräumung, Bestimmung des freien PSA am 3.12.2001). Vor einer Operation wie vorliegend am 4.12.2001 durchgeführt müsse das Vorliegen eines Karzinoms sicher ausgeschlossen werden. Bei zutreffender Behandlung wäre ihm die zweite Operation mit ihren Nebenfolgen erspart geblieben und auch die psychische Belastung durch das Wissen, ein Karzinom in sich zu tragen. Auch die therapeutische Aufklärung („watchfullwaiting“) nach Kenntnis vom Vorliegen eines Karzinoms sei fehlerhaft gewesen.

Es hätte spätestens 4 Wochen nach der Operation eine Totalausräumung stattfinden müssen. Wenn er vor der Operation auf die (gebotene) Möglichkeit einer Biopsie hingewiesen worden wäre und diese das Vorliegen eines Karzinoms ergeben hätte, so hätte er sich gleich für die Totaloperation entschieden.

Das LG hat die Klage mit der Begründung abgewiesen, die (unterstellt erforderliche, indes) unterlassene Aufklärung über die Möglichkeit einer Biopsie sei kein Aufklärungsmangel, sondern allenfalls ein Behandlungsfehler. Ein solcher lasse sich indes nach dem Ergebnis des eingeholten Gutachtens nicht feststellen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachvortrages beider Parteien, der in erster Instanz gestellten Anträge sowie des Ergebnisses der Beweisaufnahme durch das LG wird auf den Tatbestand des angegriffenen Urteils verwiesen.

Gegen das Urteil richtet sich die Berufung des Klägers. Zur Begründung führt er – insb. unter Vorlage eines Privatgutachtens und einer weiteren Stellungnahme von

Prof. Dr. Al. Chefarzt der Urologie des Krankenhauses Barmherzige Brüder in Mü. – aus, das LG habe zu Unrecht einen Aufklärungsmangel durch den unterlassenen Hinweis auf das Erfordernis oder die Möglichkeit einer weiterführenden Diagnostik durch eine Stanzbiopsie verneint. Ein Arzt sei verpflichtet, seinen Patienten über die Bedeutung eines derart erhöhten PSA-Wertes aufzuklären. Die bei ihm gefundenen Werte hätten Hinweise auf eine Krebserkrankung gegeben. Es sei bereits seit 1990 widerlegt, dass pro zusätzlichem Gramm gutartig vergrößerter Prostata mit einer Zunahme des PSA-Wertes um 0.15 zu rechnen sei. Nur bei einem einzigen Patienten, der ausschließlich eine gutartige BPH hatte, sei einmal ein PSA-Wert über 4 gefunden worden. Bei einem PSA-Wert über 10 werde bei 82 bis 94 % bzw. bei 40 bis 60 % aller Männer ein Prostatakarzinom gefunden.

Behandlungsfehlerhaft sei es gewesen, vor der Operation eine Biopsie zu unterlassen. Es entspreche der medizinischen Lehrmeinung, dass vor einer Prostataektomie ein Karzinom ausgeschlossen werden müsse. Mindestens hätte man den Wert des freien PSA bestimmen können, bevor eine Biopsie durchgeführt wird. Spätestens während der Operation habe eine Schnellschnittuntersuchung durchgeführt werden müssen, um ggf. zu einer Totalresektion überzugehen. Es liege auch ein postoperativer Behandlungsfehler vor, nämlich die unterlassene therapeutische Aufklärung darüber, dass eine zeitnahe Nachoperation oder hormonelle Behandlung oder Bestrahlung erforderlich sei, zumindest eine weiterführende Diagnostik durch eine Kontrollsonographie.

Er behauptet, eine Bestrahlung oder Hormontherapie hätte zu einer Heilung der Krebserkrankung ohne zweite Operation geführt oder aber eine sofortige Nachoperation hätte zur Heilung geführt.

Der Kläger hat ergänzend und im Wesentlichen unstreitig zu den weiteren Konsequenzen seiner Krebserkrankung vorgetragen. Danach unterzog er sich einem stationäreren Krankenhausaufenthalt im Klinikum L. vom 25. bis zum 27.8.2005, der zur Diagnose einer Metastasierung der Leber führte, anschließend einem stationäreren Aufenthalt im Universitätsklinikum Ma. vom 30.10.2005 bis zum 25.11.2005 mit einer Teilresektion der Leber sowie einem stationäreren Krankenhausaufenthalt vom 23.7.2007 bis zum 9.8.2007 anlässlich einer Metastasierung des Penischaftes. Der Kläger unterzog und unterzieht sich außerdem verschiedenen, medikamentösen, mit Nebenwirkungen verbundenen Behandlungen (u.a. Hormontherapie) und leidet unter dem Wissen seiner Krebserkrankung.

Der Kläger hält im Hinblick auf diese zwischenzeitliche Entwicklung nunmehr ein Schmerzensgeld i.H.v. mindestens 50.000 € nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit für angemessen. Klageerweiternd beantragt er, festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihm anlässlich der

Operation vom 4.12.2001 künftig entstehen, soweit sie nicht auf Sozialversicherungsträger oder andere Dritte übergehen.

Dagegen verteidigen die Beklagten das angegriffene Urteil unter Wiederholung ihres erstinstanzlichen Vortrags.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung zweier schriftlicher Ergänzungsgutachten des Sachverständigen Prof. Dr. No., Direktor der Urologischen Klinik des Marienhospitals H. (Klinikum der Ruhr-Universität Bo.), sowie eines weiteren Gutachtens des sachverständigen Onkologen Dr. Sch., Oberarzt der Medizinischen Klinik V des Universitätsklinikums H. vom 1.6.2007. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Gutachten verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

II. Die zulässige Berufung führt in der Sache zu einem überwiegenden Erfolg. Der Kläger hat gegen die Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von Schmerzensgeld aus §§ 823 Abs. 1, 847 BGB a.F. wegen fahrlässiger Körperverletzung sowie Schadensersatzansprüche aus positiver Verletzung eines zwischen ihm und der Beklagten zu 1) geschlossenen Behandlungsvertrages bzw. einen Anspruch auf Feststellung des Bestehens solcher Ansprüche. Im Einzelnen gilt folgendes:

1. Aufgrund des Ergebnisses der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Behandlung des Klägers durch den Beklagten zu 2) ärztlichem Standard nicht entsprach. Es war behandlungsfehlerhaft, den Eingriff am 4.12.2001 (Teil-Adenomektomie nach Millin) ohne vorherige, weiterführende Diagnostik durchzuführen, um das Vorliegen eines Prostatakarzinoms auszuschließen. Eine solche weiterführende Diagnostik in Form einer Biopsie der Prostata sowie durch die Bestimmung des freien PSA-Wertes wäre vor dem Eingriff erforderlich gewesen.

Zwar bestanden nach den ursprünglichen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. No. und den mündlichen Erläuterungen dieser Ausführungen durch Dr. Hi. unter Berücksichtigung sämtlicher, individueller Umstände des Falles keine hinreichenden Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Prostatatumors, die nach dem medizinischen Standard Veranlassung zu einer weiterführenden Diagnostik hätten geben können. Im Hinblick auf das Alter des Klägers, das Volumen der Prostata und die Ergebnisse der palpatorischen sowie der Ultraschalluntersuchung sollte demnach unter Berücksichtigung des PSA-Serumwertes, des (früher diagnostizierten) Wertes des freien PSA, der PSA-Dichte und der PSA-Anstiegsgeschwindigkeit vor dem Eingriff am 4.12.2001 keine Veranlassung zu weiteren Untersuchungen bestanden haben.

Darauf, dass angesichts aller Umstände des Einzelfalles keine hinreichenden Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Prostatatumors vorlagen, kommt es aber für die Frage der Erforderlichkeit einer weiterführenden Diagnostik vorliegend nicht entscheidend an. Dies mag von Bedeutung sein für den Fall, dass irgendein

operatives Vorgehen überhaupt nicht ins Auge gefasst ist. So lag der Fall hier indes nicht, weil eine Teiladenomresektion vorgesehen war.

In seinem Ergänzungsgutachten vom 7.4.2006 hat der Sachverständige nämlich ausgeführt, dass vor einer – hier geplanten und dann auch durchgeführten – Teil-Prostataadenomektomie das Vorliegen eines Prostatakarzinoms ausgeschlossen werden muss, wenn sich hieraus eine Konsequenz für das therapeutische Handeln ergibt. Eben dies, dass nämlich bei Kenntnis von dem Vorliegen eines Karzinoms ausschließlich andere Behandlungsmethoden in Betracht gekommen wären, nämlich entweder eine Hormontherapie oder eine Radikalektomie der Prostata, ergibt sich wiederum aus den Ausführungen von Dr. Hi. anlässlich der mündlichen Erläuterung des Gutachtens am sowie aus dem Ergänzungsgutachten von Prof. No. vom 7.4.2006.

Weiter hat Prof. Dr. No. in seinem Ergänzungsgutachten ausgeführt, dass seit 1990 aufgrund einer Studie von Partin u.a. bekannt war, dass keine sichere Korrelation zwischen der Prostatagröße und dem PSA-Wert besteht, also der PSA-Wert nicht zwingend auf die Größe der Prostata zurückgeführt werden kann (sondern eben auch Folge eines Prostatakarzinoms sein kann) und dass bei einem (isoliert betrachteten) PSA-Wert von über 10 ng/ml die Karzinomwahrscheinlichkeit bei 30 bis 50 % liegt. Es mag nach alledem durchaus sein, dass sämtliche bei dem Kläger festgestellten Werte sich auch anders als mit dem Vorliegen eines Prostatakarzinoms erklären ließen und dass die übrigen Befunde die Aussagekraft des PSA-Wertes in Richtung auf die Verdachtsdiagnose eines Karzinoms relativierten; keinesfalls aber ließen sie den für den hier vorgesehenen Eingriff erforderlichen Ausschluss eines Prostatakarzinoms zu, sondern boten umgekehrt Anhaltspunkte dafür, auch das Vorliegen eines solches Karzinoms für zumindest möglich zu halten. Dann aber war vor Durchführung des Eingriffes eine weitere Befunderhebung unerlässlich.

Diese letztlich getroffenen Feststellungen des Sachverständigen stimmen im Wesentlichen überein mit den – wenn auch nur als besonders substantiierten Parteivortrag zu wertenden – Ausführungen von Prof. Dr. Al. in dessen vom Kläger zur Akte gereichten, jeweils ausführlich und gut nachvollziehbar begründeten Stellungnahmen.

Unter diesen Umständen hat der Senat keine vernünftigen Zweifel an der Richtigkeit der Behauptung des Klägers, dass es medizinischem Standard entsprochen hätte, vor der Teilresektion der Prostata eine weiterführende Diagnostik in Form einer Stanzbiopsie sowie der Bestimmung des Wertes des freien PSA zu betreiben.

2. Im Weiteren ist nicht bewiesen, zu welchem Ergebnis eine solche weiterführende Diagnostik geführt hätte, wie die Reaktion auf einen etwa erhobenen, positiven Befund ausgesehen hätte und ob eine solche Reaktion letztlich zu einer Heilung der Krebserkrankung des Klägers geführt hätte. All dies geht indes nach den Grundsätzen über die Beweislastumkehr bei unterlassener Diagnostik vorliegend zu Lasten der Beklagten.

Eine solche Beweislastumkehr für die Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Körperschaden greift jedenfalls dann Platz, wenn der zu erhebende Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein positives und deshalb aus medizinischer Sicht reaktionspflichtiges Ergebnis gehabt hätte und wenn die Verkennung des Befundes oder die Nichtreaktion darauf nur durch einen groben Diagnose- oder Behandlungsfehler zu erklären wäre (Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 4. Aufl., S. 162, Rz. 296 m.w.N.). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt.

Die unterlassene, weiterführende Diagnostik hätte zwar nicht mit Gewissheit, aber doch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zur Feststellung des Karzinoms geführt und ein reaktionspflichtiges Ergebnis (Bestrahlung oder Totalresektion der Prostata, jedenfalls keine Teilresektion) zur Folge gehabt. Zwar ist nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. No. in seinem Gutachten vom 15.11.2004 bei einem – wie hier – deutlich vergrößerten Prostatavolumen von mehr als 50 ml mit einer erheblichen Rate an falsch negativen Befunden von Stanzbiopsien zu rechnen. Allerdings werden aus diesem Grund Mehrfachbiopsien (zumindest 6fach-Biopsien) durchgeführt. Die Biopsie gehört, auch bei deutlich vergrößertem Prostatavolumen zu den vorgesehenen Diagnosemethoden zum Nachweis einer Krebserkrankung der Prostata. Schon dies lässt erkennen, dass es sich um eine Methode der Befunderhebung handelt, die jedenfalls mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zutreffende Erkenntnisse liefert, weil sie andernfalls nicht durchgeführt würde. Im Gegensatz zur Rechtsauffassung der Beklagten ist eine „hinreichende Wahrscheinlichkeit dabei nicht gleichzusetzen mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit“. Es ist ausreichend, wenn die Erfolgsquote an ein mit „wahrscheinlich“ zu bezeichnendes Maß „hinreicht“, nicht aber ist erforderlich, dass sie dieses Maß „erreicht“ (50 %) oder gar übertrifft (> 50 %).

Das Unterlassen einer Reaktion auf den positiven Befund – nämlich in Form der Beibehaltung der Behandlungsart (Teilresektion) anstelle des Wechsels der Behandlungsart – wäre nicht anders als durch einen groben Behandlungsfehler zu erklären. Bei positivem Nachweis eines Prostatakarzinoms kam nach den Ausführungen von Prof. Dr. No. in seinem Ergänzungsgutachten vom 7.4.2006 eine Teilresektion der Prostata nicht mehr in Betracht, sondern ausschließlich die therapeutische Wahl zwischen einer Hormontherapie oder einer Radikaloperation. Eine gleichwohl durchgeführte Teilresektion kann dann aus objektiver Sicht nur als ein nicht mehr verständlicher Fehler, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (grober Fehler), bewertet werden.

Der somit eingreifenden Beweislastumkehr zu Lasten der Beklagten steht nicht entgegen, dass eine Heilung des Klägers von der Krebserkrankung bei zutreffendem Vorgehen ganz unwahrscheinlich gewesen wäre. Nach dem endgültigen histologischen Befund nach radikaler Prostataektomie lag zwar zu diesem Zeitpunkt ein Karzinom pT3b, Gleason – Score 3+5 vor. Nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. No. lag deshalb wahrscheinlich auch schon im Dezember

2001 ein enddifferenzierter Tumor vor, weil Prostatatumore überwiegend langsam wachsen. Aufgrund des Ergebnisses des durch den Senat eingeholten Gutachtens des sachverständigen Onkologen Dr. Sch. vom 1.6.2007 betrug allerdings die Wahrscheinlichkeit eines Wiederauftretens des Tumors im Falle einer Totalresektion im Dezember 2001 zwischen 8 % und 66 %, umgekehrt bestand in Abhängigkeit weiterer, nicht mehr feststellbarer Faktoren eine Heilungschance zwischen 34 % und 92 %. Das ist jedenfalls keine ganz unwahrscheinliche Heilungsaussicht, die einer Beweislastumkehr entgegenstünde.

3. Hinsichtlich der Höhe des dem Kläger danach zustehenden Schmerzensgeldes ist der Senat von folgenden Erwägungen ausgegangen:

Es steht fest, dass dem Kläger bei zutreffendem Vorgehen die Teilresektion am 4.12.2001 (neben der später ausgeführten Totalresektion der Prostata) erspart geblieben wäre. Des Weiteren ist aufgrund der Beweislastumkehr davon auszugehen, dass die Krebserkrankung des Klägers bei zutreffendem Vorgehen geheilt worden wäre. Damit wären dem Kläger erspart geblieben eine stationäre strahlentherapeutische Behandlung im Klinikum M. vom 23.9.2003 bis zum 28.11.2003, ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Klinikum L. vom 25. bis zum 27.8.2005, der zur Diagnose einer Metastasierung der Leber führte, anschließend ein stationärer Aufenthalt im Universitätsklinikum Ma. vom 30.10.2005 bis zum 25.11.2005 mit einer Teilresektion der Leber sowie ein stationärer Krankenhausaufenthalt vom 23.7.2007 bis zum 9.8.2007 anlässlich einer Metastasierung des Penischaftes sowie die medikamentösen, mit Nebenwirkungen verbundenen Behandlungen und die seelischen Beeinträchtigungen aufgrund des Wissens um seine Krebserkrankung. Nicht feststellen lässt sich hingegen, dass der Behandlungsfehler zu einer Lebensverkürzung des Klägers führen wird.

Angesichts dieser gravierenden und die Lebensqualität des Klägers deutlich herabsetzenden Umstände hält der Senat ein Schmerzensgeld i.H.v. 35.000 € für der Billigkeit entsprechend.

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 92 ZPO. Das Urteil ist gem. §§ 708 Nr. 10, 709 ZPO vorläufig vollstreckbar. Gründe, die Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO zuzulassen, bestehen nicht.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 70.000 € (Klageantrag zu 1): 50.000 €; (Klageantrag zu 2: 20.000 €) festgesetzt.