

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGB § 823 Aa

Zur Frage, in welchem Umfang der Chirurg einen
Unfallpatienten über zur Wahl stehende Behandlungs-
möglichkeiten aufklären muß.

BGH, Urt.v.11. Mai 1982 - VI ZR 171/80 - OLG Oldenburg

LG Oldenburg -

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

VI ZR 171/80

URTEIL

in dem Rechtsstreit

Verkündet am

11. Mai 1982

W a l z
Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

des Chefarztes Dr. med. Bernd R [REDACTED],
St. A [REDACTED], L [REDACTED]

Beklagten und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

g e g e n

den Kaufmann Helmuth B [REDACTED]
S [REDACTED]weg, L [REDACTED]

Kläger und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 11. Mai 1982 durch die Richter Dunz, Scheffen, Dr. Steffen, Dr. Ankermann und Dr. Lepa

für R e c h t erkannt:

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des 6. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Oldenburg vom 30. Mai 1980 aufgehoben.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Landgerichts Oldenburg vom 12. Dezember 1979 wird zurückgewiesen.

Dem Kläger fallen auch die Kosten der Rechtsmittelzüge zur Last.

Von Rechts wegen

Tatbestand

Der Kläger erlitt am späten Abend des 27. März 1973 einen Verkehrsunfall, bei dem er erheblich verletzt wurde. Er wurde alsbald in das Krankenhaus in L. eingeliefert, dessen Chefarzt der Beklagte ist. Dieser stellte einen mehrfachen subtrochantären Oberschenkeltrümmerbruch links sowie einen Kniescheibentrümmerbruch links fest. Nach der



ersten Versorgung operierte der Beklagte den Kläger am frühen Morgen des 28. März 1973, wobei er u.a. die Oberschenkelfraktur einrichtete und sie mit einem Trochanternagel nach Küntscher von unten her nagelte und sodann die Kniescheibentrümmerfraktur einrichtete und verdrahtete. Am 24. April 1973 ließ sich der Kläger zur Weiterbehandlung in eine andere Klinik verlegen, wo drei Korrekturoperationen vorgenommen wurden. Zurückgeblieben ist bei ihm eine Außendrehstellung am linken Bein von 45°, eine Verkürzung des linken Beins um 4 cm und eine Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks.

Der Kläger nimmt den Beklagten auf Zahlung von Schmerzensgeld und Feststellung seiner Ersatzpflicht für Zukunftsschäden in Anspruch. Er hat behauptet, der Beklagte habe bei der Operation vom 28. März 1973 mehrere Behandlungsfehler begangen, die zu besonders starken Schmerzen nach der Operation geführt und die späteren Korrekturoperationen erforderlich gemacht hätten. Vor allem sei die vom Beklagten gewählte Operations- und Behandlungsmethode falsch gewesen. Darüber hinaus meint der Kläger, seine Einwilligung in die Operation sei unwirksam gewesen, weil der Beklagte ihn nicht über andere und bessere Operationsmethoden und über die besonderen Risiken der von ihm angewandten Methode aufgeklärt habe.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Das Oberlandesgericht hat die Schmerzensgeldklage dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt und der Feststellungsklage wegen der Schadensfolgen aus der Operation des Oberschenkeltrümmerbruches stattgegeben. Mit der Revision begehrt der Beklagte weiter die völlige Abweisung der Klage.

Entscheidungsgründe

I.

Das Berufungsgericht führt zunächst aus, die Wahl der Operationsmethode durch den Beklagten habe nicht gegen allgemein anerkannte Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft verstoßen, und hält Behandlungsfehler des Beklagten bei der Operation nicht für bewiesen. Es meint jedoch, die Einwilligung des Klägers in die Operation des Oberschenkeltrümmerbruches sei rechtswirksam gewesen. Dazu erwägt es: Der Beklagte hätte, zumal eine sofortige Operation dieses geschlossenen Bruches nicht erforderlich gewesen sei, den Kläger vorher über die von ihm gewählte Behandlungsmethode und andere mögliche Operationsverfahren und die damit jeweils verbundenen Risiken aufklären und dem Kläger so Gelegenheit geben müssen, über die Wahl der Behandlungsmethode selbst zu entscheiden. Den Vortrag des Klägers, daß er bei Aufklärung über die Risiken des bei ihm vorgenommenen Eingriffs nicht in die Operation eingewilligt hätte, habe der Beklagte jedenfalls nicht widerlegt.

II.

Das hält einer rechtlichen Nachprüfung nicht stand. Das Berufungsgericht überspannt die Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht des Beklagten vor der ersten Operation des Klägers.

1. Nach den Feststellungen des Berufungsgerichtes hat der Kläger in die operative Behandlung des Oberschenkeltrümmerbruches eingewilligt. Eine Aufklärung durch den Beklagten über Risiken dieser Operation war nach Lage der Sache entbehrlich. Der Kläger wußte, daß er einen sehr komplexen Bruch erlitten hatte und daß der Beklagte den Versuch machen würde, diesen Bruch einzurichten und zu fixieren, um eine möglichst komplikationslose Heilung zu erzielen. Das Berufungsgericht geht offenbar ferner davon aus, der Kläger habe auch gewußt, daß der Beklagte zunächst eine provisorische Nagelung beabsichtigte, der später eine Zweitoperation folgen sollte. Jedenfalls war der Kläger einverstanden mit einem Eingriff nicht nur an der Kniescheibe, sondern auch am Oberschenkel. Eine konservative Behandlung der Fraktur kam ohnehin nicht in Betracht, so daß eine Aufklärungspflicht über die Notwendigkeit der Operation überhaupt entfiel. Allgemeine Risiken, die jeder Operation anhaften, waren nicht zu besprechen, weil der Kläger sie offensichtlich in Kauf nehmen wollte. Erörterungen darüber, welche Erfolgchancen die Operation habe, ob es insbesondere möglich sein werde, eine glatte Heilung des Bruches ohne nachfolgende Gehstörungen zu erzielen, erübrigten sich. Eine Erfolgsgarantie konnte und wollte der Beklagte nicht übernehmen, und der Kläger hat so etwas ernstlich auch nicht erwartet. Zwischen ihm und dem Beklagten war klar, daß dieser unter Einsatz seiner Kenntnisse und Fähigkeiten als Chirurg nunmehr versuchen würde, den durch den vorangegangenen Verkehrsunfall erlittenen Schaden so gut es ging zu beheben. Es ist in diesem Zusammenhang auch ohne Belang, ob die, sei es auch nur als provisorisch gedachte, operative

Versorgung des Oberschenkeltrümmerbruches aus ärztlicher Sicht dringend war, d.h. im Interesse des Patienten möglichst bald und zweckmäßigerweise im Zusammenhang mit der Versorgung des offenen Kniescheiben-trümmerbruches zu erfolgen hatte, oder ob ein Zuwarten möglich und sinnvoll gewesen wäre. Aus der Sicht des Beklagten gab es keine Umstände, die ein solches Zuwarten hätten nahelegen können. Ein Interesse des Klägers an einer Aufschiebung der Operation war nicht erkennbar. Deshalb brauchte der Beklagte ihm auch nicht ungefragt darzulegen, weshalb er den Oberschenkelbruch sofort operieren wollte.

2. Entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts war der Beklagte auch nicht verpflichtet, vor der Operation dem Kläger zu erläutern, welche Operationsmethoden theoretisch in Betracht kamen und was für oder gegen die eine oder andere dieser Methoden sprechen konnte.

a) Die vom Beklagten gewählte operative Einrichtung und Fixierung des Oberschenkeltrümmerbruches mittels Trochanter-Nagelung war eine der medizinisch anerkannten und gebräuchlichen Methoden für die Behandlung der vom Kläger erlittenen Fraktur. Der Hinweis des Berufungsgerichtes, sie sei zwar "nicht kunstfehlerhaft, aber auch nicht allgemein üblich" gewesen, steht dem nicht entgegen. In anderem Zusammenhang stellt das Berufungsgericht nämlich ausdrücklich fest, daß diese Methode sich gerade in Norddeutschland z.Zt. der Operation des Klägers großer Beliebtheit erfreute und noch Ende 1974 auf einem Chirurgenkongreß empfohlen wurde.

Die Nagelung war mithin eine ernstlich in Frage kommende Behandlungsmöglichkeit. Der Beklagte hatte gerade darin Erfahrung und bevorzugte sie. Sie war, ausgeführt von einem mit ihr vertrauten Chirurgen, aufs Ganze gesehen ebenso erfolgversprechend wie andere Operationsmethoden, etwa eine Verplattung. Zwar war in der Fachliteratur als mögliche Komplikation die Entstehung einer Außenverdrehung beschrieben worden. Indessen sagt das über die grundsätzliche Eignung der Trochanter-Nagelung letztlich nichts aus, weil auch andere Operationsmethoden hätten fehlschlagen können und die Überlegenheit solcher anderer Methoden in den chirurgischen Fachkreisen gerade nicht zweifelsfrei feststand; anderenfalls hätte ein sorgfältiger und gewissenhafter Chirurg auch nicht mehr die angeblich weniger sichere Trochanter-Nagelung anwenden dürfen. Ohne daß es auf die vom Beklagten weiter vorgetragenen, vom Berufungsgericht unberücksichtigt gelassenen medizinischen Erwägungen ankommt, die seiner Ansicht nach eine operative Verplattung des Bruches kontraindizierten, handelte der Beklagte mithin im Rahmen seines pflichtgemäßen ärztlichen Ermessens kunstgerecht, wenn er sich für die - unwiderlegt nur provisorisch gedachte - Trochanter-Nagelung entschied. Dazu konnte er sich dann die Einwilligung des Klägers geben lassen, ohne ihn auf etwaige Bedenken gegen die von ihm getroffene Wahl der Behandlungsart hinzuweisen.

b) Auch andere theoretisch in Betracht kommende Operationsmethoden brauchte der Beklagte mit dem Kläger nicht zu erörtern. Die Wahl der Behandlungsmethode ist primär Sache des Arztes. Er ist, sofern es mehrere,

gleich erfolgversprechende und übliche Behandlungsmöglichkeiten gibt, nicht stets verpflichtet, dem Patienten alle medizinischen Möglichkeiten darzustellen und seine Wahl ihm gegenüber zu begründen. Das kann etwa dann geboten sein, wenn jeweils unterschiedliche Risiken für den Patienten entstehen. Ihm muß dann die Entscheidung überlassen bleiben, auf welches er sich einlassen will. Es muß ihm etwa auch überlassen bleiben, ob er eine langwierige, konservative Behandlung oder einen operativen Eingriff vorzieht, wenn beides zur Wahl steht. Ist die vom Arzt vorgeschlagene Behandlungsmethode ernsthaft umstritten, ist der Patient darüber aufzuklären (vgl. dazu Senatsurteil vom 27. September 1977 - VI ZR 162/76 - NJW 1978, 587). Abgesehen davon, daß die Wahl eines riskanteren Eingriffes unter Umständen schon einen Behandlungsfehler darstellen kann, besteht in solchen Fällen eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten, dem dann die Entscheidung auch überlassen bleiben muß. Sonst aber darf der Arzt, wenn keine Umstände entgegenstehen, davon ausgehen, daß der Patient, der von sich aus nicht weiter nachfragt, seiner ärztlichen Entscheidung vertraut und nicht eine eingehende fachliche Unterrichtung über spezielle medizinische Fragen erwartet; diese kann er in der Regel als Nichtfachmann ohnehin nicht beurteilen, jedenfalls nicht besser als der Arzt, der ihm seine Meinung erläutert. Vor allem ist eine eingehend medizinisch-fachliche Unterrichtung durch den Arzt dann nicht angebracht, wenn der Patient wie im Streitfall schwer verletzt nach einem Unfall in das Krankenhaus eingeliefert worden ist und sich noch kaum vom Unfallschock erholt hat.

Der Gedanke, ein solcher Patient wolle über die verschiedenen möglichen Operationstechniken aufgeklärt werden, die außer der bei ihm geplanten noch in Betracht kommen und von denen der behandelnde Arzt selbstverständlich abraten würde, weil er sie nach Abwägung aller Umstände im konkreten Fall eben nicht für zweckmäßig, vielleicht sogar für riskanter hält, liegt fern. Er erkennt die Situation des Patienten, der ärztliche Hilfe erwartet und in seinem leidenden Zustand schwerlich medizinischen Fachvorträgen folgen will und kann, ebenso wie die Lage des Arztes, der auch hinsichtlich einer nicht im strengen Sinne unaufschiebbaren Behandlung in solchen Fällen im Zweifel zur alsbaldigen Entscheidung aufgerufen ist. Der Arzt kann in solchen Fällen abwarten, ob der Patient trotz seines Zustandes weitere Aufklärung verlangt.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß einem Notfallpatienten, der in das nächstgelegene Krankenhaus eingewiesen wird, zunächst keine Wahl bleibt, wo und von wem er behandelt werden will. Er muß die personellen und technischen Verhältnisse hinnehmen, wie er sie vorfindet, und kann nicht den Standard einer Spezialklinik erwarten, wenn er wie hier in ein kleineres Krankenhaus kommt. Darüber braucht er ebenfalls nicht besonders aufgeklärt zu werden, weil die äußeren Umstände offenbar sind, sofern der Patient noch aufnahmefähig ist. Nur dann, wenn eine Behandlung gerade durch einen Spezialisten angezeigt ist, weil eine ausreichende Versorgung und Behandlung im Einweisungskrankenhaus nicht gewährleistet ist, und eine Verlegung des

Patienten verantwortet werden kann, ist dessen Entscheidung darüber einzuholen. So liegt es im Streitfall aber nach den Feststellungen des Berufungsgerichts nicht. Der Beklagte war nach dem zugrunde zu legenden Sachverhalt fachlich in der Lage, die Oberschenkelfraktur zu behandeln; die technischen Einrichtungen des Krankenhauses reichten dafür aus. Er durfte daher abwarten, ob der Kläger von sich aus den Wunsch äußern werde, in eine andere Klinik verlegt zu werden, wie dieser es später dann auch getan hat.

c) Die Behauptung des Klägers, der Beklagte habe ihn nach der Operation nicht ausreichend über deren Ergebnis und die weiteren Behandlungsmöglichkeiten unterrichtet, ist nicht geeignet, seinen Anspruch zu begründen. Er hat nämlich nicht dargelegt, inwiefern er durch eine solche angebliche mangelhafte Unterrichtung Schaden erlitten haben könnte. Sein Entschluß, das Krankenhaus zu wechseln, kam jedenfalls gegen den ausdrücklichen Rat des Beklagten zustande. Auf die dort vorgenommene Weiterbehandlung hatte der Beklagte keinen Einfluß.

3. Da der Beklagte seine ärztliche Aufklärungspflicht vor der Operation nicht verletzt hat, ist die Einwilligung des Klägers in die Operation rechtswirksam gewesen. Einen Behandlungsfehler des Beklagten hat das Berufungsgericht nicht festzustellen vermocht. Seine Rechtsausführungen dazu sind bedenkenfrei. Die zugrundeliegenden Feststellungen sind vom Kläger in der Revisionsinstanz nicht angegriffen worden.

Die Klage ist mithin unbegründet. Weitere tatsächliche Feststellungen sind nicht zu erwarten. Die Berufung des Klägers gegen das klagabweisende Urteil des Landgerichts ist deshalb unter Aufhebung des angefochtenen Urteils zurückzuweisen.

Dunz

Scheffen

Dr. Steffen

Dr. Ankermann

Dr. Lepa