

- Ausfertigung -

OBERLANDESGERICHT OLDENBURG



Im Namen des Volkes

Urteil

5 U 40/10
2 O 1919/08 (269) Landgericht Osnabrück

Verkündet am 21. September 2011

als Urkundsbearbeiter der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

Dr.

Beklagter und Berufungskläger,

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte

gegen

Kläger und Berufungsbeklagter,

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte Toennes & Partner, Schloßstraße 26, 49074 Osnabrück,
Geschäftszeichen: 781/08TS26

Gründe:

A.

Bei dem Kläger traten seit 2006 Beschwerden in der rechten Schulter auf, die sich in der Folgezeit verstärkten. Nach erfolglosen konservativen Behandlungen überwies der Hausarzt des Klägers diesen an den Beklagten. Dieser fertigte am 05.12.2006 eine Röntgenaufnahme an, führte eine Sonographie durch und diagnostizierte zunächst bei "freier Schultergelenksbeweglichkeit" eine "AC-Gelenksarthrose" an der rechten Schulter.

Am 01.02.2007 arthroskopierte der Beklagte den Kläger. Im Operationsbericht hielt er als Diagnose "Impingement rechte Schulter, ACG-Athrose" fest. Im Eingang des Berichtes ist unter der Kategorie "Operation" neben einer "subacromialen Dekompression" und einer "offenen lateralen Clavicularesektion rechts" auch von einer arthroskopischen Synovektomie die Rede. Letztere findet sich in dem eigentlichen Verlaufsbericht nicht wieder. Der Beklagte entfernte in der Operation eine 5mm breite Scheibe von der lateralen Clavicula.

Aufgrund anhaltender Beschwerden wurde auf Veranlassung des Beklagten am 14.04.2007 eine MRT-Untersuchung durchgeführt. Im Rahmen dieser wurde u.a. ein Rotatorenmanschettendefekt der distalen Supraspinatussehne mit einem Durchmesser von 1,3 cm festgestellt. Die übrige Rotatorenmanschette wurde als intakt befundet.

Am 22.05.2007 führte der Beklagte bei dem Kläger einen weiteren operativen Eingriff durch, bei dem eine arthroskopische Teilresektion des vorderen Labrums (Gelenkklippe) und eine Teilsynovektomie (Entfernung der - ggf. entzündeten - Gelenkinnenhaut) erfolgte. Aufgrund anhaltender Schmerzen war der Kläger in einer dreiwöchigen Rehabehandlung in . Im Anschluss begab er sich zur weiteren Behandlung durch Prof. Dr. . Dieser operierte den Kläger am 14.11.2007 unter der Diagnose einer kompletten Rotatorenmanschettenruptur rechts. Weitere Operationen folgten.

Der Kläger hat zunächst behauptet, dass bei ihm bereits zum Zeitpunkt des ersten Eingriffs am 01.02.2007 eine komplette Rotatorenmanschettenruptur vorgelegen habe. Hierauf hätte der Eingriff eingerichtet werden können und müssen. Der Be-

klagte hätte dies schon auf den vor dem Eingriff gefertigten Röntgenbildern erkennen müssen. Jedenfalls hätte er den Defekt aber nach dem ersten Eingriff auf den MRT-Bildern sehen und den zweiten Eingriff am 22.05.2007 darauf ausrichten müssen. Das Verkennen einer kompletten Rotatorenmanschettenruptur sei aus medizinischer Sicht schlechthin nicht nachvollziehbar. Er hat weiter behauptet, dass er nach wie vor arbeitsunfähig sei. Bei sach- und fachgerechter Behandlung wäre die Arbeitsfähigkeit noch im Jahre 2007 eingetreten.

Nach Eingang des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens hat sich der Kläger die dortigen Ausführungen zueigen gemacht und behauptet, dass die Operation am 01.02.2007 schon im Hinblick auf die freie Beweglichkeit der Schulter nicht indiziert gewesen sei. Die Teilresektion am rechten Schultergelenk sei nicht nachvollziehbar. Gleiches gälte auch für die durchgeführte Entfernung der Gelenkinnenhaut.

Der Kläger hat die Ansicht vertreten, dass ein Schmerzensgeld in Höhe von 15.000,00 € angemessen sei.

Der Kläger hat beantragt,

1. den Beklagten zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 5 Prozentpunkte Zinsen über dem Basiszinssatz gemäß § 1 DÜG seit dem 25.07.2008 zu zahlen;
2. festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger den aus diesem Rechtsstreit zugrundeliegenden Vorfall entstehenden zukünftigen materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind;
3. den Beklagten zu verurteilen, an ihn 1.074,57 € nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz gemäß § 1 DÜG seit dem 25.07.2008 zu zahlen.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Beklagte hat behauptet, der Eingriff am 01.02.2007 sei aufgrund der diagnostizierten AC-Gelenkathrose am Schultergelenk bei freier Beweglichkeit indiziert gewesen. Im Übrigen hat er bestritten, dass die lediglich in der Überschrift aufgeführte athroskopische Synovektomie tatsächlich durchgeführt worden sei.

Das Landgericht hat ein schriftliches Sachverständigengutachten sowie zwei Ergänzungen des Sachverständigen Dr. [Name] eingeholt und diesen zur Erläuterung der Gutachten angehört. Sodann hat es den Beklagten "dem Grunde nach verurteilt, dem Kläger sämtlichen materiellen und immateriellen Schaden infolge des Eingriffs vom 01.02.2007 zu ersetzen, soweit Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger und sonstige Dritte übergegangen sind." Das Landgericht ist in den Entscheidungsgründen dem Sachverständigen Dr. [Name] darin gefolgt, dass der Eingriff vom 01.02.2007 mit der Resektion einer 5mm breiten Scheibe der Clavicula sowie der Synovektomie am Bizepsanker nicht indiziert gewesen und grob behandlungsfehlerhaft sei. Auf die Begründung des angefochtenen Urteils wird Bezug genommen.

Hiergegen wendet sich der Beklagte mit seiner Berufung, mit der er in erster Linie die Tatsachenfeststellung des Landgerichts angreift. Das Landgericht sei dem Sachverständigen insbesondere zu Unrecht darin gefolgt, dass die Entfernung des lateralen Claviculaendes nicht indiziert war. Dabei habe es sich nicht ausreichend mit den Ausführungen des Privatsachverständigen Dr. [Name] auseinandergesetzt, der dem gerichtlichen Gutachten fundiert entgegengetreten sei.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Landgerichts Osnabrück vom 17.02.2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Hilfsweise beantragt er,

das Urteil des Landgerichts Osnabrück vom 17.02.2010 aufzuheben und die Sache zur weiteren Beweisaufnahme und Entscheidung an das Landgericht Osnabrück zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger verteidigt in erster Linie das erstinstanzliche Urteil. Im Hinblick auf die ergänzende Beweisaufnahme greift er zudem erneut seine erstinstanzliche Behauptung auf, dass ein Riss der Rotatorenmanschette zumindest in der Operation vom 22.05.2007 übersehen worden sei. Die Inspektion der Rotatorenmanschette im Rahmen der Operation sei als fehlerhaft einzustufen.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. vom 05.11.2010 (Bd. II, Bl. 282ff. d.A.) sowie einer schriftlichen Ergänzung vom 12.03.2011 (Bd. II, Bl.318ff. d.A.). Hinsichtlich des Beweisergebnisses wird auf die schriftlichen Gutachten Bezug genommen. Zudem hat das Gericht den Beklagten sowie den Sachverständigen angehört. Insoweit wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 10.08.2011 (Bd. II, Bl. 346ff. d.A.) verwiesen.

B.

Die Berufung des Beklagten ist zulässig und führt in der Sache schon aus formalen Gründen gem. § 538 Abs. 2 Nr. 7 ZPO zur Aufhebung des Urteils und Zurückverweisung an das Landgericht Osnabrück.

I.

Das Grundurteil ist unzulässig.

1. Die Zulässigkeit eines Grund- und Teilurteils ist von Amts wegen zu prüfen (vgl. Zöller-Vollkommer, 70. Aufl., § 304 Rn. 17 - für Teilurteil in der Revision auch: BGH, Urt. v. 11.05.2011, VIII ZR 42/10).

2. Die Tenorierung im angefochtenen Urteil bezüglich der Hauptsache erweist sich in mehrfacher Hinsicht als fehlerhaft.

a. Ein sämtliche Klageanträge umfassendes Grundurteil ist von vornherein unzulässig.

Streitgegenständlich sind - neben den außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten - ein Schmerzensgeld- und ein Feststellungsantrag. Bei einer nicht bezifferten Feststellungsklage scheidet ein Grundurteil aber schon wesensgemäß aus. Daher darf kein umfassendes Grundurteil ergehen, wenn der Kläger eine bezifferte Leistungsklage auf Schadensersatz zugleich mit dem Antrag auf Feststellung der Verpflichtung zum Ersatz weiteren Schadens verbindet (vgl. BGH NJW 2000, 1572; Zöller-Vollkommer, 70. Aufl., § 304 Rn. 3).

b. Entscheidet ein Gericht in dieser Konstellation nicht zugleich durch (Teil-)Endurteil über den Feststellungsantrag, handelt es sich bei der Verurteilung dem Grunde nach nicht um ein reines Grundurteil, sondern um ein Grund- und Teilurteil (vgl. BGH NJW 2009, 1856; 2003, 2380).

Das Urteil kann auch nicht dahingehend umgedeutet werden, dass ein Grund- und stattgebendes Teilendurteil bzgl. des Feststellungsantrags vorliegt. Eine dahingehende Auslegung verbietet sich in der Regel (vgl. BGH NJW-RR 2002, 1576, NJW 2003, 2380; 2009, 1856). Ausnahmsweise soll anderes gelten, wenn den Entscheidungsgründen eindeutig zu entnehmen ist, dass das Gericht auch über den Feststellungsantrag befinden wollte (vgl. BGH VersR 1992, 626).

Eine solche Auslegung ist aber in Ermangelung entsprechender Anhaltspunkte hier nicht möglich. Das Urteil ist ausdrücklich lediglich als Grundurteil bezeichnet. In der Urteilsbegründung setzt sich das Landgericht auch nur näher mit der Wahrscheinlichkeit auseinander, dass dem Kläger schon aufgrund des nicht indizierten Eingriffs selbst "irgendein" Schmerzensgeld zustehe (vgl. ähnliche Konstellation in BGH NJW 2003, 2380). Ob zukünftige Schäden im Zusammenhang mit dem Eingriff vom 01.02.2007 in Betracht kommen, bleibt ausdrücklich offen. Allein diese Zukunftsschäden werden aber gerade mit dem Feststellungsantrag geltend gemacht. Für die Schäden der Vergangenheit hat sich der Kläger bereits in der Klageschrift ausdrücklich eine bezifferte Klageerweiterung vorbehalten.

Danach ist nicht ersichtlich, dass das Landgericht neben der Entscheidung über die Haftung dem Grunde nach hinaus eine abschließende Entscheidung auch über den Feststellungsantrag treffen wollte.

c. In diesem Zusammenhang verstößt die Tenorierung zur Hauptsache schließlich auch gegen § 308 Abs. 1 ZPO. Wenn das Landgericht danach den Beklagten dem Grunde nach zum Ersatz sämtlichen materiellen und immateriellen Schadens verurteilt, geht dies über den ausdrücklich auf zukünftige Schäden beschränkten Klageantrag zu Ziffer 2.) hinaus.

2. Soweit somit in der Sache ein Teilurteil vorliegt, ist das Urteil insgesamt unzulässig, weil mit ihm die Gefahr einander widersprechende Entscheidungen verbunden ist. Über die Voraussetzungen des Zahlungsanspruchs bezüglich des Schmerzensgeldes wird nämlich bei der Entscheidung über den Feststellungsantrag nochmals zu befinden sein. Insoweit besteht die Gefahr, dass das Landgericht bei einem späteren Urteil - sei es aufgrund neuen Vortrags oder einer geänderten Rechtsauffassung - abweichend entscheidet (vgl. BGH NJW 2009, 1856; 2003, 2380).

Danach verstößt das Urteil gegen § 301 ZPO und unterliegt gemäß §§ 538 Abs. 2 Nr. 7, Abs. 3 Satz 3 ZPO schon unabhängig von dem Hilfsantrag der Zurückverweisung. Von dieser Möglichkeit soll grundsätzlich Gebrauch gemacht werden, um den Parteien keine Instanz abzuschneiden (vgl. BGH NJW-RR 1994, 379).

II.

Für das weitere Verfahren weist der Senat auf folgende Gesichtspunkte hin:

1. Entgegen der dem erstinstanzlichen Gerichtsgutachten folgenden Ausführungen in dem angefochtenen Urteil ist nach der ergänzenden Beweisaufnahme ein Behandlungsfehler in Bezug auf den Eingriff am 01.02.2007 nicht festzustellen.

a. Die operative Resektion des gelenkbildenden Anteils des körperfernen Schlüsselbeines war eindeutig indiziert. Insoweit folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr.

Danach lässt sich aus der Auswertung der Röntgenbilder, die "ganz klar" eine Schulterreckgelenkathrose zeigten, in Verbindung mit dem mehrfach dokumentierten lokalen Druckschmerz über dem Schulterreckgelenk sowie der vorausgegangen frustrierten Injektionstherapie eine Indikation zum operativen Vorgehen stellen. Die vom Beklagten durchgeführte Operation sei die Therapie der Wahl gewesen und entspreche der einhelligen aktuellen Lehrmeinung.

Der Senat hält diese Ausführungen des Sachverständigen für überzeugend.

aa. Es besteht kein Anlass, an seiner Sachkunde zu zweifeln. Seine Darlegungen waren verständlich und insbesondere nach der mündlichen Erläuterung vor dem Senat in jeder Hinsicht plausibel. Ihnen konnte entnommen werden, dass er sich intensiv mit der in Rede stehenden Problematik befasst hat.

bb. Die entgegenstehenden Feststellungen des erstinstanzlichen Sachverständigen Dr. überzeugen den Senat nicht. Der Sachverständigen Prof. Dr. hat sich mit diesen auseinandergesetzt und nachvollziehbar die Schwächen des Gutachtens aufgezeigt.

(1.) Ausgangspunkt für die fehlende Indikationsstellung ist für den Sachverständigen Dr. die freie Beweglichkeit des Schultergelenks. Hierzu hat der Sachverständige Prof. Dr. ausgeführt, dass diese keinesfalls per se eine Kontraindikation gegen ein operatives Vorgehen darstelle. Hier müsse zwischen Operationen, die der Verbesserung der Beweglichkeit des Schulter- und Schulterreckgelenks und solchen die der Reduktion persistierender Schmerzen dienen, unterschieden werden.

Diese Unterscheidung nimmt der erstinstanzliche Sachverständige nicht vor, obwohl die streitgegenständlichen Behandlungen unstreitig durch die Schmerzen des Klägers veranlasst waren und dieser in der mündlichen Verhandlung auch klargestellt hat, dass die freie Beweglichkeit nur unter Schmerzen gegeben war.

Auch der Senat vermag danach mit dem Sachverständigen zweiter Instanz nicht nachzuvollziehen, warum eine freie Beweglichkeit unter Schmerzen einer Operation grundsätzlich entgegenstehen könnte.

(2.) Vor diesem Hintergrund hat sich der erstinstanzliche Sachverständige auch nicht überzeugend mit der Diagnose einer Schulterreckgelenksarthrose, auf der die Indikationsstellung beruht, auseinandergesetzt. In seinem Ausgangsgutachten vom 19.01.2009 stellt der Sachverständige bezeichnenderweise die entsprechende Diagnose des Beklagten aufgrund der Befundung der Röntgenbilder vom 05.12.2006 in Frage, ohne dass diese Bilder ihm selbst vorlagen. Schlicht falsch sind seine nachfolgenden Ausführungen, wonach eine Arthrose im Operationsbericht vom 01.02.2007 nicht festgestellt worden sei. Dort ist ausdrücklich die "Fortgeschrittene Arthrose im AC-Gelenk" aufgeführt. Nach der späteren Vorlage der Röntgenbilder vom 05.12.2006 vermochte er dann eine Arthrose auch nicht zu erkennen.

Demgegenüber hat der Sachverständigen Prof. Dr. ausgeführt, dass die Röntgenbilder "ganz klar" einer Schulterreckgelenkathrose zeigten. Dies erscheint dem Senat nicht zuletzt auch im Hinblick auf den entsprechenden intraoperativen Befund des Beklagten überzeugend.

(3.) Auch die Feststellungen des Privatsachverständigen Prof. Dr. stehen denen des Sachverständigen Dr. sowohl hinsichtlich der Indikation als auch der zugrundeliegenden Diagnose entgegen. Demgegenüber decken sie sich im Kern mit dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr.

(4.) Danach sind die Ausführungen des erstinstanzlichen Sachverständigen schon im Ausgangspunkt unzuverlässig und damit als Entscheidungsgrundlage letztlich ungeeignet.

b. Ein Behandlungsfehler am 01.02.2007 folgt auch nicht aufgrund einer Entfernung der Gelenkinnenhaut (Synovektomie). Es ist schon nicht bewiesen, dass eine solche überhaupt durchgeführt wurde.

aa. Der Senat geht im Gegenteil davon aus, dass die entsprechende Überschrift auf dem Operationsbericht unzutreffend ist. Der Beklagte hat in seiner Anhörung nachvollziehbar ausgeführt, dass er bei der Vorbereitung des Berichtes zunächst das aufgeführt habe, was er für die Operation erwartet habe. Anschließend habe er lediglich versäumt, die Überschrift zu korrigieren.

bb. Mit dem Sachverständige Prof. Dr. erscheint dem Senat diese Darstellung nachvollziehbar. Ausweislich des Berichtstextes war die Gelenkinnenhaut im Bereich des Schulterhauptgelenkes, insbesondere des Bizepssehnenankers nämlich unauffällig. Dort wurden laut Operationsbericht auch keine Maßnahmen durchgeführt. Das beschriebene Vorgehen, so der Sachverständige Prof. Dr. sei aus medizinischer Sicht logisch.

cc. Der Überzeugung des Senats stehen die Ausführungen des erstinstanzlichen Sachverständigen nicht entgegen. Soweit dieser aus dem kernspinographisch geäußerten Verdacht einer Ruptur des Labrumansatzes im Bereich des Bizepssehnenankers nach dem Ersteingriff auf die Entfernung der unauffälligen Gelenkinnenhaut Rückschlüsse ziehen möchte, hat der Sachverständige Prof. Dr. dies als nicht nachvollziehbar bezeichnet, zumal das Gutachten von Herrn Dr.

 schon daran kranke, dass am Bizepsanker direkt überhaupt keine Gelenkinnenhaut vorhanden sei. Entgegen der Ausführungen des Dr. ist auch die anlässlich des zweiten Eingriffs diagnostizierte Synovitis keinesfalls Folge einer Entfernung unauffälliger Gelenkinnenhaut. Der Senat folgt auch insoweit dem Sachverständigen Prof. Dr. , dass - selbst wenn diese durchgeführt worden wäre - nicht eine erneute Entzündung zu erwarten gewesen wäre, sondern lediglich narbige Veränderungen.

c. Ein Behandlungsfehler zum Zeitpunkt des Ersteingriffs im Zusammenhang mit einer verkannten Rotatorenmanschettenruptur scheidet ebenfalls aus. Insoweit sind beide Gerichtssachverständigen darin einig, dass ein solcher Defekt zu diesem Zeitpunkt nicht vorlag.

2. Nach dem Ergebnis der zweitinstanzlichen Beweisaufnahme hat der Kläger gegen den Beklagten dagegen Schadensersatzansprüche gem. §§ 280, 823 i.V.m. § 249ff. BGB aufgrund eines groben Behandlungsfehlers im Rahmen der Operation am 22.05.2007.

a. Zwar ist wiederum nach übereinstimmender Auffassung beider Gerichtsgutachter auch zu diesem Zeitpunkt ein Rotatorenmanschettenruptur nicht festzustellen.

Allerdings wies nach dem MRT-Befund vom 14.04.2007 die Supraspinatussehne einen Riss auf, der sich an der Oberseite der Sehne darstellte. Da diese Seite

dem Gelenk abgewandt ist, konnte sie durch die durchgeführte Arthroscopie des Hauptgelenkes nicht untersucht werden. Der Sachverständige Prof. Dr. hat nachvollziehbar ausgeführt, dass in Kenntnis dieses MRT-Befundes eine subacromiale Arthroscopie zur kompletten Beurteilung der Rotatorenmanschette von gelenkseitig und bursaseitig aus indiziert gewesen sei. In Abhängigkeit vom Befund hätte dann über die Therapie dieser Partialruptur entschieden werden müssen.

Soweit der Beklagte die danach notwendige Untersuchung im Rahmen des Eingriffs am 22.05.2007 nicht durchgeführt hat, ist ihm ein Befunderhebungsfehler anzulasten.

b. Als kausale Folge dieses Arztfehlers ist ihm die später beim Kläger eingetretene komplette Rotatorenmanschettenruptur, die zu den weiteren operativen Eingriffen am 14.11.2007 und 09.03.2009 führte, zuzurechnen. Denn insoweit greifen zugunsten des Klägers Beweiserleichterungen.

aa. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt grundsätzlich nur dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871).

Der Sachverständige hat hierzu im vorliegenden Fall ohne nähere Angaben zur Wahrscheinlichkeit angegeben, dass in Abhängigkeit des Befundes die Therapieoptionen zwischen keiner operativen Therapie, Glätten des Risses oder Refixation durch Naht geschwankt hätten.

bb. Vorliegend bedarf es in diesem Punkt aber keiner weiteren Aufklärung. Muss nämlich bereits die Unterlassung der Befunderhebung als grober ärztlicher Fehler beurteilt werden, wie das der Fall sein kann, wenn die Befunderhebung aus medizinischen Gründen zweifelsfrei geboten war, so greifen im Hinblick auf diesen groben Fehler auch für die Kausalitätsfrage hinsichtlich des eingetretenen Schadens die Regeln über Beweiserleichterungen ein, die generell im Fall grob behandlungsfehlerhaften Verhaltens anzuwenden sind (vgl. BGH NJW 1998, 1780). Von

einem groben Behandlungsfehler ist danach auszugehen, wenn die zur Last gelegten Unterlassungen eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und ein Fehler begangen wurde, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (ständige höchstrichterliche Rechtsprechung - vgl. etwa BGH NJW 2007, 2767).

cc. So liegt es auch hier. Der Sachverständige Prof. Dr. hat sich dahingehend festgelegt, dass der Beklagte im Hinblick auf die im MRT erkennbare bursaseitige Teilruptur der Supraspinatussehne in den subacromialen Raum hätte schauen müssen. Die Unterlassung dieser Untersuchung sei unverständlich und hätte einem Orthopäden nicht passieren dürfen. Danach hat der Beklagte zur Überzeugung des Senats durch die unterlassene Befunderhebung einen groben Behandlungsfehler begangen.

dd. Soweit Zweifel bleiben, ob bei einer ordnungsgemäßen Befundung letztlich die später eingetretene komplette Rotatorenmanschettenruptur verhindert worden wäre, geht dies zur Lasten des Beklagten.

Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden. Dafür reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; nahelegen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht. Deshalb ist eine Verlagerung der Beweislast auf die Behandlungsseite nur ausnahmsweise ausgeschlossen, wenn jeglicher haftungsbegründende Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist (vgl. BGH NJW 2004, 2011).

Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt, dass bei einer ordnungsgemäßen Befundung und etwa anschließender Refixation der Sehne durch eine Naht weder ausgeschlossen noch äußerst unwahrscheinlich wäre, dass der Kläger beschwerdefrei und arbeitsfähig wäre, wobei ein solch optimaler Zustand frühestens nach 3 Monaten eingetreten wäre.

Im Hinblick auf den offenen Verfahrensausgang ist auch die Kostenentscheidung hinsichtlich der Berufungsinstanz dem erstinstanzlichen Schlussurteil vorzubehalten.

Ausgefertigt
Oldenburg, 21. September 2011

_____ als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle
des Oberlandesgerichts

