



Landgericht Osnabrück
Geschäfts-Nr.:
2 O 1581/06

Abschrift

Verkündet am:
03.02.2010

Justizangestellte
als Urkundsbearbeiterin der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes! 03. Feb. 2010

Urteil

In dem Rechtsstreit

des Herrn

- Klägers -

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte

gegen

Herrn Dr.

- Beklagter -

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte

hat die 2. Zivilkammer des Landgerichts Osnabrück durch

den Vorsitzenden Richter am Landgericht
den Richter am Landgericht
die Richterin am Landgericht

auf die mündliche Verhandlung vom 20. Januar 2010

für **R e c h t** erkannt:

1. Der Beklagte wird verurteilt, an den Kläger ein Schmerzensgeld in Höhe von 20.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 12.07.2006 zu zahlen.
2. Es wird festgestellt, dass der Beklagte verpflichtet ist, den dem Kläger aus der diesem Rechtsstreit zugrunde liegenden fehlerhaften Behandlung entstehenden künftigen weiteren materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, soweit Ansprüche nicht auf

öffentlich-rechtliche Versicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden. Im Übrigen wird der Feststellungsantrag abgewiesen.

3. Der Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
4. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages vorläufig vollstreckbar.

Tatbestand

Der Kläger nimmt den Beklagten nach ärztlicher Behandlung auf Zahlung von Schmerzensgeld und Feststellung der Schadensersatzverpflichtung in Anspruch.

Der am . 1947 geborene Kläger ist

Der Beklagte betreibt eine Facharztpraxis für
Allgemeinmedizin

Der Kläger befand sich vom 08.02.1991 bis zum 04.01.2005 in der allgemeinmedizinischen Behandlung des Beklagten. Am 26.01.2001 fand im Rahmen einer Krebsfrüherkennung für Männer als IGeL-Leistung (Individuelle Gesundheitsleistung) die Untersuchung des PSA-Wertes (Prostata spezifisches Antigen) statt. Der Wert betrug 5,1 ng/ml. Der Normbereich des Labors wurde mit 3,5 ng/ml, der so genannte Graubereich bis 10 ng/ml, angegeben. Es wurde eine Prostatahyperplasie (gutartige Vergrößerung der Prostata) als Diagnose in die Patientenakte eingetragen und dem Kläger eine unauffällige Krebsfrüherkennung bescheinigt. Im darauf folgenden Jahr erfolgte am 14.03.2002 die zweite Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Auch hier wurde im Rahmen der körperlichen Untersuchung eine weiche und somit klinisch unauffällige Prostata getastet. Der PSA-Wert betrug 5,4 ng/ml. Der Beklagte attestierte einen unauffälligen Krebsfrüherkennungsbefund in Bezug auf die Prostata. Am 28.02.2003 wurde im Rahmen der dritten Vorsorgeuntersuchung ein PSA-Wert von 6,01 ng/ml ermittelt. Nach einer körperlichen Untersuchung vom 04.03.2003 wurde die Prostata als weich und

nicht vergrößert beschrieben. Der Beklagte bescheinigte dem Kläger erneut eine unauffällige Vorsorgeuntersuchung.

Anlässlich der vierten Vorsorgeuntersuchung am 20.04.2004 zeigte sich ein PSA-Wert mit 8,41 ng/ml. Die Prostata wurde am 22.04.2004 als rechtsseitig verhärtet beschrieben. Nach Erhalt des Untersuchungsergebnisses und Bescheinigung eines Karzinomverdachts der Prostata erfolgte die Überweisung zum niedergelassenen Arzt für Urologie, Dr. med. habil. G. J. Müller. Eine erste Vorstellung erfolgte hier am 28.04.2004. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung zeigte sich ein suspekter Tastbefund der Prostata im Bereich des rechten Seitenlappens. Sonographisch ergab sich der Verdacht auf ein Karzinom. Am 06.05.2004 erfolgte eine ultraschallgesteuerte transrektale Oktantenbiopsie der Prostata. Das pathologische Gutachten des Pathologischen Institutes, Dr. med. habil. G. J. Müller vom 07.05.2004 beschrieb ein mäßig differenziertes Adenokarzinom der Prostata. Aufgrund des Karzinomnachweises schloss sich am 27.05.2004 die stationäre Aufnahme des Klägers in der urologischen Klinik, Dr. med. habil. G. J. Müller an zur pelvinen Lymphknotendisektion und radikalen Prostatovesikulektomie. Die Aufarbeitung des Operationspräparates ergab ein Adenokarzinom der Prostata im Stadium nach UICC von pT3b pN0 (0/6) M0 R0 (Gleason 3+5=8). Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos, so dass der Kläger am 07.06.2004 aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte. In der Zeit vom 10.06.2004 bis 01.07.2004 schlossen sich Anschlussheilbehandlungen in der Klinik, Dr. med. habil. G. J. Müller an. Die regelmäßigen Nachsorgeuntersuchungen nahm der Arzt für Urologie, Dr. med. habil. G. J. Müller vor. Eine anfänglich vorhandene Belastungsinkontinenz besserte sich bis zum 06.07.2005. Laut Eintrag in die Krankenakte vom 07.10.2005 hat sich die Inkontinenz "erledigt". Der Kläger klagte seit der Operation über eine persistierende erektile Dysfunktion, so dass ihm erstmals am 04.06.2004 Viagra in der Dosis von 100 mg verschrieben wurde, was jedoch, so die Angaben des Klägers gemäß den Behandlungsunterlagen des Arztes Dr. med. habil. G. J. Müller nicht zum gewünschten Erfolg führte, so dass am 02.09.2004 zum ersten Mal Caverject verschrieben wurde. Nach Steigerung der Dosis auf 20 µg kam es zu ausreichender Rigidität, so dass dem Kläger Geschlechtsverkehr möglich ist.

Der Kläger ist der Ansicht, der Beklagte habe bei der Auswertung der PSA-Befunde fehlerhaft gehandelt. Maßgeblich sei der fachärztliche Standard eines Urologen. Der Beklagte sei verpflichtet gewesen, darauf hinzuweisen, dass er als behandelnder Arzt

für Allgemeinmedizin von dem urologischen Standard bei der von ihm gewählten und auch vorgeschlagenen Untersuchungsmethode abweiche.

Im Einzelnen behauptet der Kläger, die durch den Beklagten ermittelten erhöhten PSA-Werte im Jahre 2001, spätestens aber im Jahre 2002 und erst recht im Jahre 2003, hätten den Beklagten veranlassen müssen, weitere diagnostische Maßnahmen zu ergreifen und den Kläger gegebenenfalls an einen Urologen zu überweisen, jedenfalls aber hätte der Beklagte aufgrund der gegebenen PSA-Werte den Kläger intensiv beraten müssen. Da bereits im Jahre 2001 ein überhöhter PSA-Wert festgestellt worden sei, seien engmaschige Kontrollen notwendig gewesen, die der Beklagte hätte einleiten müssen. Bei rechtzeitiger Diagnose eines Prostatakrebses wäre eine so genannte „Seed-Implantation“ möglich gewesen. Da dieser Eingriff ohne weitere Auswirkungen auf die Prostata selbst sei, die dann nicht einmal hätte entfernt werden müssen, wäre der Eingriff für den Kläger weit weniger belastend gewesen, als der später in Braunschweig in der Klinik durchgeführte Eingriff. Bei einer „Seed-Implantation“ wäre es auch nicht zu einer Harninkontinenz und erst recht nicht zu einer Impotenz gekommen. Wenn der Beklagte rechtzeitig die erforderlichen diagnostischen Maßnahme ergriffen hätte, wäre das Prostatakarzinom so rechtzeitig erkannt worden, dass ihm auch unabhängig von der so genannten „Seed-Implantation“ die eingetretenen Komplikationen (Harninkontinenz, Beeinträchtigung der Erektionsfähigkeit, Rezidivrisiko von 60 % gegenüber 10 % bei rechtzeitiger Behandlung) erspart geblieben wären. Aus objektiver medizinischer Sicht sei schlechterdings nicht mehr nachvollziehbar, dass der Beklagte angesichts der PSA-Werte außer den vorgenommenen körperlichen Untersuchungen (Tastbefunde) keine weiteren diagnostischen Maßnahmen eingeleitet habe. Der Kläger ist der Auffassung, die auf die fehlerhafte Behandlung zurückzuführenden fortdauernden Beeinträchtigungen bei ihm seien mit einem Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 20.000,00 € auszugleichen. Die Klage ist dem Beklagten am 11.07.2006 zugestellt worden.

Der Kläger beantragt,

- 1.) den Beklagten zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszins gem. § 1 DÜG seit Rechtshängigkeit zu zahlen;
- 2.) festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, den dem Kläger aus diesem Rechtsstreit zugrunde liegenden Vorfall entstehenden künftigen weiteren materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, soweit Ansprüche nicht auf öffentlich-rechtliche Versicherungsträger übergegangen sind.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er ist der Ansicht, ihm sei kein Behandlungsfehler unterlaufen und im Übrigen sei ein unterstellter Behandlungsfehler für den beim Kläger eingetretenen Gesundheitsschaden nicht ursächlich geworden. Der Beklagte behauptet, es sei davon auszugehen, dass ein Anstieg des PSA-Wertes von 0,7 pro Jahr nicht auf ein Prostatakarzinom schließen lasse. Auch bei nicht an einem Prostatakarzinom erkrankten Männern gäbe es derartige Anstiegsgeschwindigkeiten des PSA-Wertes. Er habe den Anstieg des PSA-Wertes beim Kläger in den Jahren 2001 bis 2003 nicht zum Anlass nehmen müssen, durch die Hinzuziehung eines Facharztes eine weitere Diagnostik zu veranlassen, zumal die Tastbefunde jeweils unauffällig gewesen seien. Erst der sprunghafte Anstieg des Wertes im Jahre 2004 habe entsprechende Veranlassung gegeben. In den Jahren 2001 bis 2003 wäre - so die Einschätzung des Beklagten - beim Kläger durch weitere diagnostische Maßnahmen aller Voraussicht nach ein Tumor nicht nachweisbar gewesen.

Die Kammer hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluss vom 26.10.2006 durch Einholung eines urologischen Sachverständigengutachtens. Der Sachverständige hat den Kläger im Rahmen des stationären Aufenthaltes vom 25.07. bis 27.07.2007 in der Urologischen Klinik untersucht. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen vom 28.11.2007 (GA Band I Bl. 118-144), sein

erstes Ergänzungsgutachten vom 10.07.2008 (GA Band I Bl. 176-180) und sein zweites Ergänzungsgutachten vom 08.09.2009 (GA Band II Bl. 249-252) verwiesen. Der Sachverständige hat seine schriftlichen Ausführungen mündlich erläutert. Der Kläger ist angehört worden. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird insoweit auf die Sitzungsniederschriften vom 10.12.2008 (GA Band II Blatt 219-222) und vom 20.01.2010 (GA Band II Bl. 291-293) verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig und begründet. Dem Kläger stehen vertragliche (§§ 280, 253 Abs. 2 BGB) bzw. deliktische (§§ 823 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB) wegen einer fehlerhafter ärztlichen Behandlung durch den Beklagten zu. Die Zulässigkeit des Feststellungsantrages zu Ziffer 2) folgt aus § 256 ZPO hinsichtlich der derzeit nicht absehbaren Entwicklung des Krankheitsverlaufs beim Kläger. Ausgeschlossen sind Ansprüche, die auf öffentlich-rechtliche Versicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.

Der Kläger hat Anspruch auf Ersatz sämtlicher materieller und immaterieller Schäden, die er dadurch erlitten hat, dass der Beklagte am 28.02.2003 trotz eines auffälligen PSA-Wertes von 6,01 ng/ml eine unauffällige Krebsvorsorgeuntersuchung bescheinigte, ohne über eine Stanzbiopsie eine weitergehende Diagnostik zu betreiben. Bei einer entsprechenden Kontrolluntersuchung des Klägers in zeitlicher Nähe zum 28.02.2003 wäre ein positive Befundergebnis (Prostatakrebs) hinreichend wahrscheinlich (größere Wahrscheinlichkeit als 50 %) gewesen. Zu Gunsten des Klägers ist dabei davon auszugehen, dass nach einer zeitgerecht durchgeführten Biopsie das Rezidivrisiko verringert und die Krankheit einen günstigeren Verlauf genommen hätte. Die Kammer ist dabei zu Gunsten des Klägers hinsichtlich des Kausalitätsnachweises von einer Beweislastumkehr aus dem Gesichtspunkt unterlassener Befunderhebung ausgegangen.

Der Sachverständige hat in seinem fachurologischen Gutachten vom 28.11.2007 zunächst die Bedeutung der PSA-Werte (Prostata-spezifisches Antigen) dargestellt. Das PSA sei ein Protein, das ausschließlich durch das Prostataepithel produziert werde. Seit Ende der 80er Jahre werde der Serumspiegel des PSA als Tumormarker in der Diagnostik des Prostatakarzinoms eingesetzt. Das

Prostata-spezifische Antigen sei eine "kallikrein-like" Serinprotease, die organspezifisch aber nicht tumorspezifisch sei. Aus diesem Grund würden erhöhte Werte auch bei einer gutartigen Vergrößerung der Prostata, einer entzündlichen Veränderung der Prostata (Prostatitis) und anderen nicht malignen Veränderungen gefunden. Dem PSA müsse als unabhängige Variable bei der Vorsorgeuntersuchung auf ein Prostatakarzinom ein höherer Stellenwert eingeräumt werden, als auffällige Veränderungen im Rahmen der digital-rektalen Untersuchung bzw. der transrektalen Sonographie. Dies konnte der Sachverständige anhand einer 1994 veröffentlichten Studie belegen.

Der Sachverständige kommt nach Auswertung internationaler Studien zu dem Ergebnis, dass es aufgrund einer Vielzahl von verschiedenen kommerziell erwerblichen Tests zur Messung des PSA-Wertes keinen international anerkannten Grenzwert für den PSA-Wert gebe, der das höchste Risiko für die Entdeckung einer Prostatakreberkrankung im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung definiere. Bei der Bewertung der Werte gewannen in letzter Zeit die PSA-Anstiegsgeschwindigkeit und die PSA-Verdoppelungszeit zunehmend an Bedeutung. Für die Bewertung des PSA-Wertes sei auch das Alter des Patienten entscheidend. In vielen Laboren werde der Normwert unterhalb von 4 ng/ml, ein Wert zwischen 4 und 10 ng/ml als Grauzone und ein Wert über 10 ng/ml als pathologisch angegeben.

Der Sachverständige gelangt von daher zu der Bewertung, dass beim Kläger im Jahre 2001, im Alter von 53 Jahren, ein gemessener PSA-Wert von 5,1 ng/ml im sogenannten Grauzonenbereich des Labors vorlag. Dieser Wert wäre von einem Facharzt für Urologie in Anbetracht des niedrigen Alters des Patienten als zu hoch angesehen worden. Als Konsequenz hätten zumindest weitere engmaschige PSA-Wert Kontrollen stattfinden müssen. Die nächste Kontrolle im Jahre 2002 habe bei 5,4 ng/ml gelegen. Spätestens im Jahre 2003 bei einem PSA-Wert von 6,01 ng/ml, bei dem es zu einer Verdopplung der PSA-Anstiegsgeschwindigkeit gekommen sei, sei eine Prostatastanzbiopsie bei dem Kläger veranlasst gewesen. Der Umstand, dass der Beklagte dieses aufgrund des als normal eingestuftes Prostata-Tastbefundes nicht initiiert habe, sei fachlich, auch bei Anlegung eines hausärztlichen Standards, ab diesem Zeitpunkt zu beanstanden. Dem Beklagten sei vorzuwerfen, dass er allein den absoluten PSA-Wert, nicht aber die Entwicklung des Wertes, in seine Überlegungen einbezogen habe. Zumindest habe Veranlassung bestanden, den Kläger über die

durch das Karzinom infiltriert gewesen sei. Durch eine rechtzeitige Überweisung zu einem Facharzt für Urologie wäre die weitergehende Diagnostik bei dem offensichtlich schon an einem Prostatakarzinom erkrankten Kläger früher eingeleitet worden, so dass die Diagnosestellung zu einem früheren Zeitpunkt hätte stattfinden können. Die Frage, ob zu einem früheren Zeitpunkt eine bessere Ausgangssituation bestanden hätte, ist für den Sachverständigen nicht eindeutig zu beantworten. Das Fortschreiten einer Tumorerkrankung werde durch die Aggressivität und die Ausdehnung des Tumors bestimmt. Mangels einer früheren Stanzbiopsie mangle es an verlässlichen Daten, um eine klare Bewertung für Februar/März 2003 vorzunehmen. Bei jeder Tumorerkrankung, auch beim Prostatakarzinom, bestehe aber eine direkte Korrelation der Rezidivhäufigkeit zum Tumorstadium zum Zeitpunkt der Behandlung. Wie sich das Prostatakarzinom in der Zeit zwischen Februar/März 2003 und April/Mai 2004 entwickelt habe, könne nicht verlässlich beurteilt werden. So sei auch nicht sicher zu beurteilen, ob bei rechtzeitiger Diagnose eines Prostatakrebses schon im Februar/März 2003 eine sogenannte "Seed-Implantation" möglich gewesen wäre. Bei der transperinealen Seed-Implantation (Brachytherapie) bleibe die Prostata erhalten. Kleine radioaktiv strahlende Metallträger werden in die Prostata eines Patienten mit einem durch Prostatastanzbiopsie gesicherten Karzinom implantiert. Um diese verhältnismäßig junge Behandlungsmöglichkeit (die operative Entfernung der Prostata gelte weiterhin als sogenannter "Goldstandard" bei der Behandlung des organbegrenzten Prostatakarzinoms) anwenden zu können, müsse ein organbegrenzter Tumor vorliegen, eine Gleasonsumme in der Biopsie von maximal 6 bei ausreichender Menge an Biopsien, ein PSA-Wert von unter 10 ng/ml und eine Tumorlast von höchstens 50 % in den Biopsiestanzzyllindern sowie ein Drüsenvolumen von weniger als 50 ml und ein niedriger Wert beim Internationalen Prostata-Symptomen Score (IPSS). Der Sachverständige konnte nicht ausschließen, dass im Februar/März 2003 eine Situation beim Kläger vorgelegen hat, die eine solche Brachytherapie erlaubt hätte. Sicher zu beweisen sei das allerdings nicht. Der Sachverständige sieht die Vorteile einer früheren Erkennung des Prostatakarzinoms beim Kläger weniger in der Möglichkeit der Behandlung im Wege einer Brachytherapie, sondern generell in der Relation zwischen Rezidivhäufigkeit zum Tumorstadium. Der Sachverständige bestätigt allerdings, dass bei einer Seed-Implantation dem Kläger der Bauchschnitt erspart und die Prostata als Organ erhalten geblieben wäre. Der im direkten Zusammenhang zur Operation stehende Verlust des zweiten Blasenschließmuskels würde entfallen.

Allerdings weist der Sachverständige darauf hin, dass bei einer Brachytherapie eine obstruktive Miktionsymptomatik nicht auszuschließen sei. Auch dies sei letztlich eine Form der Harninkontinenz. Soweit in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 01.12.2008 die Vorteile der Brachytherapie in dem Erektionserhalt sieht, verweist der Sachverständige darauf, dass dies nur ein Vorteil auf Zeit sei. Eine erektile Dysfunktion entstehe im Gegensatz zur Totaloperation erst im Verlaufe der Jahre auf Grund der durch die Strahlung der Seeds fortschreitenden Schädigung der Nerven, die zur Erektion notwendig sind. Der Sachverständige verweist auf eine internationale Studie, wonach 40 % aller Patienten nach 3 bis 5 Jahren über entsprechende Störungen berichten.

Zusammengefasst wertet die Kammer die Ausführungen des Sachverständigen so, dass sich bei realistischer Betrachtung ein optimaler Heilungs- bzw. Krankheitsverlauf beim Kläger bei der frühzeitigen Entdeckung des Prostatakarzinoms im Februar/März 2003 so dargestellt hätte, dass gegebenenfalls eine Brachytherapie möglich gewesen wäre. Ein Bauchschnitt wäre dem Kläger erspart und die Prostata als Organ erhalten geblieben. Zu einer Schädigung des zweiten Blasenschließmuskels wäre es nicht gekommen. Die Behandlung des Prostatakarzinoms hätte sich erst mit mehrjähriger zeitlicher Verzögerung auf die Erektionsfähigkeit des Klägers ausgewirkt. Unabhängig von der Art der Behandlung (Brachytherapie oder radikale Prostatovesikulektomie) hätte sich das Rezidivrisiko signifikant verringert (beim Kläger hat sich inzwischen nach den Feststellungen des Sachverständigen ein biochemisches Rezidiv entwickelt).

Auch wenn nicht positiv festgestellt werden kann, dass sich bei rechtzeitiger Befunderhebung der vorstehend beschriebene optimale Krankheitsverlauf eingestellt hätte, so geht dies zu Lasten des Beklagten. Denn dem Kläger ist unter dem Gesichtspunkt eines Verstoßes des Beklagten gegen die Pflicht zur Befunderhebung eine Beweiserleichterung zum Nachweis der Kausalität zu gewähren. Der Verstoß eines Arztes gegen die Pflicht zur Erhebung eines medizinisch zweifelsfrei gebotenen Befundes, der mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gebracht hätte, begründet für den Patienten eine Beweiserleichterung beim Nachweis der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Gesundheitsschaden, wenn sich die Verkennung des Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion auf ihn als grob fehlerhaft darstellen würden (BGH, Urteil vom

06.10.1998, MDR 1999, 36-37; BGH, Urteil vom 09.01.2007, VersR 2007, 541-543). Ein positives Befundergebnis wird dabei dann als hinreichend wahrscheinlich bewertet, wenn die Wahrscheinlichkeit bei über 50 % liegt. Diese Feststellungen vermag die Kammer aufgrund der Ausführungen des Sachverständigen zu treffen.

Der Sachverständige kommt auf Grundlage der Auswertung der Krankenakte, der Untersuchung des Klägers und umfassender Literaturrecherche zu dem Ergebnis, dass bei einem ansteigenden PSA-Wert von 5,1 ng/ml (26.01.2001) auf 5,4 ng/ml (14.03.2002), auf 6,01 ng/ml (28.02.2003) ein Prostatakarzinom mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % im Februar/März 2003 durch eine Biopsie entdeckt worden wäre.

Der Sachverständige hat zunächst ausgeführt, und hierauf bezogen sich auch seine mündlichen Erläuterungen in der mündlichen Verhandlung vom 10.12.2008, dass allein durch die isolierte Betrachtung des PSA-Wertes von bis zu 10 ng/ml ein Karzinomnachweis mit einer Wahrscheinlichkeit von über 50 % nicht zu führen sei. Es gebe keine wissenschaftlichen Untersuchungen darüber, dass ausgehend von dem o. g. PSA-Wert mit 50 %iger Wahrscheinlichkeit im Wege einer Stanzbiopsie Krebs nachzuweisen sei. Die Kammer hat diese Aussage zum Anlass genommen, dem Sachverständigen im Anschluss an die mündliche Verhandlung vom 10.12.2008 aufgegeben, eine weitergehende Literaturrecherche und daran anschließend eine umfassende Neubewertung der Situation vorzunehmen. Dieser Aufgabenstellung ist der Sachverständige nachgekommen. Er hat in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 08.09.2009 und in der anschließenden mündlichen Erläuterung seines Gutachtens am 20.01.2010 nicht nur auf den absoluten PSA-Wert abgestellt, sondern das Alter des Patienten und auch die PSA-Anstiegsgeschwindigkeit bzw. PSA-Verdoppelungszeit berücksichtigt. Die Bedeutung eines negativen Tastbefundes hat der Sachverständige dabei relativiert, da der Tastbefund sehr von der Person des Arztes abhängig sei. Zur Erklärung dieses Ansatzes hat der Sachverständige beispielhaft darauf verwiesen, dass für den 22.04.2004 nur im rechten Seitenlappen eine verdächtige Gewebeveränderung getastet habe, obwohl histologisch der linke Seitenlappen ausgeprägter vom Karzinom durchsetzt gewesen sei. Die Kammer konnte so gut nachvollziehen, weshalb den Tastbefunden vom Sachverständigen nur eine beschränkte Aussagekraft beigemessen wird. Auf der

Grundlage der aufgezeigten wissenschaftlichen Erkenntnisse stellt der Sachverständige fest, dass die umfassende Literaturrecherche und -analyse aussagekräftige Hinweise geliefert habe, dass bei einem ansteigenden PSA-Wert von 5,1 ng/ml (26.01.2010) auf 5,4 ng/ml (14.03.2002) auf 6,01 ng/ml (28.02.2003) ein Prostatakarzinom mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % durch eine Biopsie entdeckt worden wäre.

Die Kammer hat keine Veranlassung, von den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen abzuweichen. Die Fachkunde des Sachverständigen ist aufgrund seiner langjährigen wissenschaftlichen und praktischen Tätigkeit auf dem urologischen Fachgebiet unbestritten. Der Sachverständige hat die Krankenunterlagen vollständig ausgewertet und über einen Zeitraum vom 25.07.2007 bis 27.07.2007 im Rahmen einer stationären Aufnahme des Klägers diesen umfassend untersucht. Der Sachverständige hat sich auch mit anderen Auffassungen auseinandergesetzt, u. a. mit den Stellungnahmen der Ärzten

Insgesamt ist der Sachverständige keinen Fragen ausgewichen und hat auch für einen Laien verständlich seine fachurologischen Feststellungen vermittelt.

Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes stehen im Arzthaftungsrecht der Ausgleich für erlittene Schmerzen und Leiden im Vordergrund, während die Genugtuungsfunktion regelmäßig nicht ins Gewicht fällt. Zu berücksichtigen sind die physischen und psychischen Folgen für den Patienten und die Auswirkungen auf die private und berufliche Lebensgestaltung. Die radikale Prostatovesikulektomie hat durch die Entfernung von Prostata und Samenblasen massive Auswirkungen auf die Erektionsfähigkeit. Die möglicherweise vermeidbare Entfernung der Prostata selbst stellt einen körperlichen Eingriff dar. Der Kläger hat im Rahmen seiner Anhörung überzeugend dargestellt, dass das erhöhte Rezidivrisiko ihn sehr stark persönlich, aber auch beruflich belaste. Unter Berücksichtigung der Gesamtumstände hält die Kammer ein Schmerzensgeld von 20.000,00 € für angemessen, aber ausreichend. Die Kammer hat dabei die Entscheidung des OLG München vom 25.09.2008 (Az.: 1 U 3198/07) in die Überlegungen einbezogen. Der 1. Zivilsenat des Oberlandesgerichts München hat bei einem deutlich ausgeprägten Krankheitsbild ein Schmerzensgeld von 50.000,00 € zugesprochen.

Die geltend gemachten Zinsen sind als Prozesszinsen zuzusprechen, §§ 286, 291 ZPO.

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§91,92 Abs. 2, 709 ZPO