

seine bereits im ersten Gutachten aufgestellten Thesen und führt ergänzend aus, daß anlässlich der Untersuchung am 23.01.1989 keine Anzeichen für eine direkte Traumatisierung des Gelenkes vorhanden gewesen seien. Vor allem habe es an Einblutungen in der Hand gefehlt. Deshalb sei die Diagnose des Beklagten, es läge eine schwere Prellung bei Vorschäden vor, in Ordnung. Die Forderung des gerichtlichen Sachverständigen nach Anfertigung eines Kahnbeinquantetts noch am Unfalltag betreffe die Sicht eines Handchirurgen, nicht aber den Standard eines niedergelassenen Facharztes für Unfallchirurgie. Auch das Kahnbeinquantett hätte nicht mit der zu fordernden, an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit eine Kahnbeinfraktur offenbart. Die Diagnose sei auch deshalb nicht fehlerhaft, weil eine chronische Reizung neben der Kahnbeinfraktur vorgelegen haben könnte. Die Abnahme der Gipsschiene am 31.01.1989 sei nicht fehlerhaft gewesen, da es zu diesem Zeitpunkt keine klinisch sicheren Zeichen für das Vorliegen einer Fraktur gegeben habe. Es habe deshalb unfallchirurgischen und orthopädischen Behandlungsprinzipien entsprochen, die Ruhestellung zu beenden und einen elastischen Verband anzulegen.

Soweit der gerichtliche Sachverständige in seinem Gutachten ausführe, daß der Beklagte im Hinblick auf eine Kahnbeinfraktur kein Problembewußtsein gehabt habe, so wäre es nach der Auffassung von [REDACTED] durchaus verständlich, wenn der Beklagte diese Äußerung des gerichtlichen Sachverständigen als nicht sachlich korrekt und beleidigend anmahnen würde. Aufgrund seines Wissens über die fachliche Qualifikationen des Beklagten, so [REDACTED] könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, daß es der Beklagte aufgrund eines fehlenden Problembewußtseins im Hinblick auf eine Kahnbeinfraktur unterlassen habe, die zusätzliche Röntgendiagnostik durchzuführen.

Im übrigen bekräftigt [REDACTED] seine Behauptung, daß die Kahnbeinfraktur erst nach der Behandlung durch den Beklagten entstanden sein könne. Verwiesen wird insoweit auf die Möglichkeit eines Enchondromes.

Auch wenn dieses in den Karpalknochen selten angetroffen würde, könne nicht ausgeschlossen werden, daß sich erst nach der Behandlung ein solches Enchondrom entwickelt habe und anlässlich eines Bagateltraumas zur Fraktur geführt habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf das zweite Privatgutachten von [redacted] vom 06. Juli 1998 (Anlage zu Bl. 548 d. A.).

#### Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Beklagten ist nur teilweise begründet. Die Anschlußberufung des Klägers hat vollen Erfolg.

Der Kläger hat gegen den Beklagten wegen fehlerhaften ärztlichen Handelns und dadurch verursachter zystischer Nekrose eines großen Teil des Kahnbeins der rechten Hand Anspruch auf Ersatz des überwiegenden Teils des geltend gemachten materiellen Schadens und auf Zahlung eines Schmerzensgeldes von insgesamt [redacted] DM. Der Anspruch auf Ersatz des materiellen Schadens folgt aus den Grundsätzen der positiven Vertragsverletzung und aus § 823 Abs. 1 BGB. Der Anspruch auf Ersatz der immateriellen Schäden folgt aus § 847 BGB i. V. m. § 823 Abs. 1 BGB.

I.

1. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, daß der Beklagte den Kläger im Rahmen der in der Zeit vom 23.01.1989 bis zum 14.02.1989 durchgeführten Behandlungsmaßnahmen zu mehreren Zeitpunkten fehlerhaft behandelt hat. Fehlerhaft hat der Beklagte insbesondere den nach dem klinischen Befund bestehenden Verdacht auf eine Kahnbeinfraktur nicht ausgeschlossen und den Kläger trotzdem nicht so behandelt, als läge eine Kahnbeinfraktur vor. Die Ausschlußdiagnostik und die

prophylaktische Behandlung der zu unterstellenden Fraktur hätten elementarer ärztlicher Sorgfalt entsprochen.

Der Beklagte hätte sich bei der Erstvorstellung des Klägers am 23.01.1989 nicht mit einer Röntgendiagnostik in zwei Ebenen begnügen dürfen, sondern hätte ein sog. Kahnbeinquantett durchführen müssen. Das Gericht folgt insoweit - wie auch im übrigen - den überzeugenden und gut nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen [REDACTED]. Dieser hat bereits in seinem Gutachten im ersten Rechtszug dargelegt, daß in Anbetracht des dem Beklagten bekannten Unfallherganges (Kurbelrückschlag), welcher für eine Kahnbeinverletzung lehrbuchhaft typisch ist, und anhand des lokalen Befundes „der schmerzhaftesten Bewegungseinschränkungen in allen Ebenen“ objektiv ein deutlicher Verdacht auf eine Kahnbeinfraktur vorgelegen hat. Aus dem schriftlichen Vorbringen des Beklagten in der zweiten Instanz (Blatt 431 f. d. A.) ist im übrigen zu entnehmen, daß ein objektiv begründeter, ernsthafter Frakturverdacht nicht in Abrede gestellt werden soll.

Der Notwendigkeit, ein Kahnbeinquantett anzufertigen, kann auch nicht, wie der Beklagte unter Bezugnahme auf die Stellungnahmen von [REDACTED] meint, entgegengehalten werden, daß eine frische Fraktur auch anhand eines Kahnbeinquantetts nicht sicher falsifiziert werden kann. Es ist zwar richtig, daß auch bei der Anfertigung eines sog. Kahnbeinquantetts, und dieses ist auch von dem Sachverständigen [REDACTED] berücksichtigt worden, die Frakturlinie unter Umständen nicht direkt im Röntgenstrahl liegt. Dann ist die Fraktur nicht erkennbar. Wie der Sachverständige [REDACTED] unter Hinweis auf entsprechende Literaturstellen indes dargelegt hat, kann hieraus keinesfalls der Schluß gezogen werden, daß das Kahnbeinquantett am Unfalltag keinen Sinn macht. Der Arzt kann vielmehr, wenn er die Kahnbeinserie am Unfalltag fertigt, schon primär eine höhere Anzahl von Frakturen erkennen, wenn auch keinesfalls alle. Der Sachverständige [REDACTED] hat in seinem mündlichen Gutachten im Termin vom 14. April 1998 deutlich dargelegt, daß ein Vorbehalt gegenüber der Aussagekraft eines Kahnbeinquantetts bei einer frischen Fraktur



lediglich insoweit besteht, als daß bei einem negativen Befund ein bestehender Verdacht auf eine Kahnbeinfraktur nicht hinreichend sicher ausgeräumt ist. Die eingeschränkte Aussagekraft eines Negativbefundes ist indes in der Medizin kein vereinzelt Phänomen und entbindet nicht von der Pflicht, den Versuch zu unternehmen, durch einen positiven Befund eine sichere Diagnose zu erlangen.

Gegen das Erfordernis eines Kahnbeinquantetts kann auch nicht eingewandt werden, daß der Beklagte aufgrund der Sozialanamnese (Tätigkeit als Steinsetzer) und der auf dem Röntgenbild sichtbaren Vorschädigung zu einer zutreffenden Diagnose einer schweren Distorsion bei Vorschädigung gekommen wäre. Wie der gerichtliche Sachverständige, hierzu in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 12.05.1998 (Bl. 525 f. d. A.) ausführt, enthebt die Diagnose einer Vorschädigung keinesfalls von der Pflicht, ein Kahnbeinquantett anzufertigen, da sich insoweit eine Kahnbeinfraktur besonders schädigend auswirken kann. Auch die Sozialanamnese führte, wie der Sachverständige zutreffend ausführt, keinesfalls zu einer sicheren Klärung der Frage, ob eine Kahnbeinfraktur vorlag oder nicht. Gegen die vom Beklagten angenommene chronische Reizung infolge einer Vorschädigung spricht vielmehr, daß die Schmerzen akut nach dem Unfall eingetreten sind und auch der Beklagte insoweit eine schwere Prellung diagnostiziert hat.

Zur Überzeugung des Senats steht im übrigen fest, daß der Grund für die Nichtanfertigung des Kahnbeinquantetts am Unfalltag nicht in einer kritischen Einstellung gegenüber dem Sinn und der Aussagekraft einer solchen Diagnosemaßnahme oder in einer gesicherten, vertretbaren abweichenden Diagnose lag, sondern darin, daß der Beklagte nach eigenem Vortrag bis zur letzten Behandlung des Klägers am 14.02.1989 überhaupt kein Problembewußtsein und keinen Verdacht auf eine Kahnbeinfraktur gehabt hat.

Die Abnahme der Gipsschiene am 31.01.1989 und damit die Aufgabe der Ruhigstellung, ohne zuvor eine abklärende Röntgendiagnostik vorzunehmen, stellt eine weitere Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflichten dar. Diese Maßnahmen des Beklagten erfolgten in konsequenter Fortsetzung der fehlerhaften anfänglichen Behandlung und beruhen gleichfalls darauf, daß der Beklagte ein Problembewußtsein für Vorliegen einer Kahnbeinfraktur nicht hatte. Wegen der persistierenden Schmerzen hätte der Beklagte seine Diagnose spätestens zu diesem Zeitpunkt in Frage stellen müssen und an die Möglichkeit eines Kahnbeinbruchs denken müssen. Der Senat folgt auch insoweit den Ausführungen des Sachverständigen [REDACTED] im Rahmen seines schriftlichen Sachverständigengutachtens in der ersten Instanz (Seite 7 des Gutachtens) sowie der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme im zweiten Rechtszug (Bl. 527 d. A.). Da es, wie der Sachverständige [REDACTED] an diesen Stellen ausgeführt hat, guter handchirurgischer aber auch unfallchirurgischer Brauch ist, bei hinreichendem Verdacht auf eine Kahnbeinschädigung, diese so lange anzunehmen, bis durch eine entsprechende Röntgendiagnostik sicher ausgeschlossen ist, daß eine solche vorliegt, hätte hier für den Beklagten in besonderem Maße Anlaß bestanden, kritisch zu überdenken, ob die Freigabe des Handgelenkes zu verantworten ist. Gerade der Umstand, daß die Folgen der nicht behandelten Kahnbeinfraktur, insbes. die Kahnbeinpseudarthrose, außerordentlich schwerwiegend sind, zwingt unter Beibehaltung der Ruhigstellung solange zur diagnostischen Abklärung - in der Regel durch ein Kahnbeinquantett - , bis eine Kahnbeinfraktur sicher ausgeschlossen werden kann.

Der Beklagte hätte, wie der Sachverständige [REDACTED] in seinem mündlichen Gutachten im Termin zur mündlichen Verhandlung (Bl. 493 d. A.) ausgeführt hat, zum Zeitpunkt der Freigabe des Handgelenkes zumindest sicherstellen müssen, daß das Kahnbeinquantett zwei bis drei Wochen nach der Verletzung gefertigt wird. Zu diesem Zeitpunkt hätte es eine hohe Diagnosesicherheit versprochen. Der Beklagte hat hieran indes nicht gedacht. Er hat selbst 23

Tage nach dem Unfallereignis, bei dem letzten Behandlungstermin am 14.02., eine Kahnbeinfraktur nicht einmal erwogen.

2. Die Behandlungsfehler des Beklagten waren auch kausal für die entstandene Kahnbeinpsseudarthrose des Klägers. Für die Ursächlichkeit spricht eine erhebliche Wahrscheinlichkeit. Insoweit verbleibende Zweifel gehen zu Lasten des Beklagten, dem es aufgrund einer Beweislastumkehr oblag zu beweisen, daß ein Ursachenzusammenhang in hohem Maße unwahrscheinlich ist. Das ist ihm nicht gelungen.

a) Es besteht die erhebliche Wahrscheinlichkeit, daß sich in der vom Kläger erlittenen Schädigung gerade das in dem Unterlassen der Diagnosemaßnahme Kahnbeinquartett liegende Risiko verwirklicht hat. Dies ist schon von [redacted] in dessen Arztbrief vom 07.03.1990 angenommen worden und folgt mit Beweiskraft aus den Darlegungen des Sachverständigen [redacted] in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme (Bl. 527 d. A.). Auch wenn den vom Beklagten gefertigten Röntgenbildern vom 23.01.1989 entgegen den Äußerungen von [redacted] auch im Rahmen einer ex-post-Betrachtung keine sicheren Frakturlinien zu entnehmen sein sollten, und insoweit sind sich die Gutachter [redacted] und [redacted] sowie der im Jahr 1990 behandelnde Arzt, [redacted] einig, so ist doch mit großer Wahrscheinlichkeit ein Ursachenzusammenhang anzunehmen. Der gerichtliche Sachverständige hat an der vorgenannten Stelle deutlich gemacht, daß das Unfallereignis ein geeignetes Trauma gewesen ist, der von dem Beklagten erhobene Befund zu einer Kahnbeinfraktur paßt und daß die nach einem Jahr festgestellte Kahnbeinpsseudarthrose in ihrer „Ausprägung und Auswirkung auf die benachbarten Knochen und vom zeitlichen Abstand zwanglos auf das angegebene Trauma zurückführbar“ ist. Das Unterlassen des Kahnbeinquartetts weist die für eine spätere Kahnbeinpsseudarthrose typische Schadensneigung auf. Bei ordnungsgemäßer Behandlung der Kahnbeinfraktur vom Unfalltage an hätte nach Ausführungen des Sachverständigen [redacted] die Chance einer vollständigen Ausheilung des Handgelenkes von 92 bis 97 %



bestanden. Selbst wenn der Beklagte noch am 14.02.1989 mit der ordnungsgemäßen Behandlung der Kahnbeinfraktur bis zu deren Ausschluß durch entsprechenden Röntgendiagnostik oder bis zu deren tatsächlichen Ausheilung begonnen hätte, hätte noch eine Ausheilungschance von ca. 90 % bestanden.

b) Der Beklagte ist den Beweis fällig geblieben, daß die Kahnbeinpsseudarthrose nicht durch den Unfall vom 23.01.1989, sondern aufgrund einer späteren Schädigung eingetreten ist. Den Beklagten trifft hierfür die Beweislast, da zumindest darin, daß er die Gipsschiene am 31.01.1989 entfernte, ohne eine zeitnahe Anfertigung eines Kahnbeinquantetts sicherzustellen, ein grober Behandlungsfehler zu sehen ist. Nach Auffassung des Senats liegt hierin ein aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlicher und nicht verantwortbarer Behandlungsfehler, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Das Gericht stützt sich hierbei zunächst einmal auf die entsprechende Bewertung des gerichtlichen Sachverständigen. Dieser qualifiziert das vorstehend bezeichnete Vorgehen als einen „Verstoß gegen elementare medizinische Grundsätze“ (Bl. 493 d. A.). Die Abnahme der Gipsschiene am 31.01.1989 durfte, so ebenfalls der Sachverständige, „eindeutig noch nicht erfolgen“ (Bl. 492 d. A.). Der Sachverständige hat hierbei ausdrücklich hervorgehoben, daß es sich bei dem von ihm zugrunde gelegten medizinischen Standard um den eines jeden Durchgangsarztes, aber auch den eines niedergelassenen Orthopäden und Chirurgen handelt (Bl. 493 d. A.). So hat auch das Oberlandesgericht Düsseldorf in einem vergleichbaren Fall, welchem ebenfalls das Unterlassen einer erneuten Röntgenkontrolle trotz Verdachtes auf eine Fraktur des Kahnbeins zugrunde lag, entschieden, daß hierin bereits im Jahre 1982, also 7 Jahre vor dem hiesigen Unfallgeschehen, ein grober Behandlungsfehler zu sehen gewesen ist (AHRS, Ziffer 2440/50).

Letztlich wird diese Bewertung auch durch das Privatgutachten von [REDACTED] vom 06.07.1998 gestützt. Dieser hat in Verkennung des Parteivorbringens das von dem Beklagten selbst eingeräumte mangelnde