
Datum: 28.04.1993
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 252/92
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:1993:0428.3U252.92.00

Vorinstanz: Landgericht Hagen, 19 O 222/89

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 01. September 1992 verkündete Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Hagen wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten der Berufungsinstanz.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger kann die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 25.000,00 DM abwenden, falls nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in derselben Höhe leisten, die sie auch durch die unbedingte und unbefristete Bürgschaft einer deutschen Großbank oder öffentlichen Sparkasse erbringen können.

Tatbestand

1

Der am 00.00.0000 geborene Kläger begehrt Schadensersatz wegen einer seiner Behauptung nach fehlerhaften ärztlichen Behandlung durch den Beklagten zu 2) als Chefarzt der chirurgischen/unfallchirurgischen Abteilung des von der Beklagten betriebenen Krankenhauses in A.

2

Am 17.02.1984 wurde der Kläger wegen eines Bandscheibenvorfalles von dem als Oberarzt auf der chirurgischen Abteilung tätigen Zeugen B operiert. Nachdem zunächst das Segment L 4/5 "gefenstert" wurde und sich dort keine Auffälligkeiten befanden, wurde der Bereich der fünften Lendenbandscheibe gefenstert, ein dort befindlicher Sequester entfernt und die

3

Bandscheibenhöhle ausgeräumt.

Am 05.03.1984 wurde der Kläger entlassen. In dem Arztbericht vom 19.03.1984 (Bl. 9 der Krankenakten) heißt es, daß wegen der subcutanen hohen Infektion die Wunde eröffnet und der Sekundärheilung überlassen werden mußte. Bei der Entlassung sei der Patient weitgehend beschwerdefrei gewesen. Es beständen saubere Wundverhältnisse. Bis zur vollständigen Abheilung der Wunde sei mit dem Patienten vereinbart, daß er sich weiter in der Ambulanz vorstelle. 4

In der Ambulanzkarte sind ambulante Kontrollen am 07., 09., 13., 16, 19., und 22.03.1984 vermerkt; dabei ist zunächst jeweils ein Verbandswechsel notiert. Am 19.03.1984 findet sich weiterhin der Zusatz "Ätzung von wildem Fleisch" und am 22.03.1984 "Krankengeschichte heraussuchen". 5

Nach der ambulanten Vorstellung am 23.03.1984 wurde der Kläger erneut mit der Diagnose einer teilweise geöffneten und infizierten Operationswunde und dem Verdacht auf fistelnde Diszites aufgenommen. 6

Nachdem der Kläger am 27.03.1984 eine Einverständniserklärung unterschrieben hatte (Bl. 11 der Krankenakten), erfolgte am 29.03.1984 eine operative Revision durch den Beklagten zu 2). Der ursprüngliche Operationsbereich wurde ventral angegangen, trübes Exsudat entfernt sowie den Faserring aus dem Zwischenwirbelraum und weitere Deckplattenreste entfernt. In den Defekt wurden Spongiosa eingestampft und eine Spül-Ablaufdrainage angelegt. Zusätzlich revidierte der Beklagte zu 2) dorsal die ursprüngliche Operationsnarbe im Rückenbereich und legte dort eine Spül-Saugdrainage an. Die Untersuchung des Exudates ergab einen Infekt mit Staphylococcus aureus. 7

Nach weiterer Behandlung mit Antibiotika wurde der Kläger am 21.05.1984 mit reizfrei verheilter Wunde entlassen. 8

In der Folgezeit traten eine Vielzahl von Abszessbildungen bei fistelnder Diszites auf, die operativ in den Jahren 1985 bis 1992 behandelt wurden. Bei großflächiger innerer Vernarbung in dem Bereich des bei der zweiten Operation ventral geschaffenen Zuganges trat eine Harnleiterstenose rechts auf, die zu einer sekundären Harnstauungsniere rechts führte und die operative Einsetzung eines künstlichen Harnleiters am 11.11.1985 erforderlich machte. 9

Der Kläger, der weiterhin über ständige Schmerzen im rechten Oberschenkel, im Rücken und in der Nierengegend klagt, ist seit dem 25.07.1986 erwerbsunfähig. Mit der Klage hat er in erster Instanz Ersatz des Erwerbsausfallschadens in der Zeit vom 01.01.1984 bis zum 31.12.1988 in Höhe von 55.226,53 DM Zahlung eines mit etwa 35.000,00 DM als angemessen angesehenen Schmerzensgeldes sowie die Feststellung der Ersatzpflicht für zukünftige Schäden begehrt. 10

Der Kläger hat behauptet, bereits die Operation am 17.02.1984 sei in mehrfacher Hinsicht fehlerhaft durchgeführt worden. Die Vorausdiagnostik sei nicht angemessen gewesen. Es hätten unsaubere Wundverhältnisse geherrscht, die Abheilung von vorher vorhandenen Verbrennungen sei nicht dokumentiert. Die Diszites sei darauf und auf eine nicht angemessene Operationstechnik zurückzuführen. 11

In erheblichem Maße fehlerhaft sei es gewesen, die Revision am 29.03.1984 vom Bauchraum aus durchzuführen. Der Beklagte zu 2) hätte die klassische Behandlung wählen 12

müssen, die aus der Exploration der eiternden Wunde mit Spülung und Kombination mit systematischer Antibiotikabehandlung unter langanhaltender strengster Ruhe bestehe. Die von dem Beklagten zu 2) gewählte Methode sei zum damaligen Zeitpunkt - und auch heute noch - kaum verbreitet und berge erhebliche Gefahren, insbesondere die der eingetretenen Harnleiterstenose mit sich.

Der Kläger hat beantragt, 13

1. 14

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger 55.226,23 DM
nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen, 15

2. 16

den Beklagten zu 2) zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes
Schmerzensgeld zu zahlen, 17

3. 18

festzustellen, 19

a) daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, an den Kläger
weiteren Schadensersatz zu leisten, und zwar zum einen für die Zeit vom 01.
Januar 1989 bis zum 30. April 1993 in Höhe des vollen gegenüber den Bezügen
eines vergleichbaren Arbeitnehmers sich ergebenden Erwerbsschadens sowie
zum anderen für die Zeit ab 01. Mai 1993 in Höhe der beim Bezug von
Altersruhegeld sich ergebenden schadensbedingten Minderbeträge, 20

b) daß die Beklagte als Gesamtschuldner verpflichtet sind, an den Kläger im Falle
des Eintritts gegenwärtig nicht vorhersehbarer Dauerschäden und anderer
nachteiliger Veränderungen im Gesundheitszustand des Klägers, soweit sie auf
die fehlerhafte Behandlung durch den Beklagten zu 2) zurückzuführen sind, sowie
sonstiger Spätfolgen der Behandlung durch den Beklagten zu 2) weiteren
Schadensersatz in entsprechender Höhe zu leisten, 21

c) daß der Beklagte zu 2) verpflichtet ist, an den Kläger unter den zu Buchstabe b)
genannten Voraussetzungen ein zusätzliches Schmerzensgeld in angemessener
Höhe zu zahlen. 22

Die Beklagten haben beantragt, 23

die Klage abzuweisen. 24

Sie haben behauptet, die Operationen seien fachgerecht durchgeführt worden. Die dem
Kläger vor der ersten Operation im Rückenbereich befindlichen Verbrennungen seien
abgeheilt gewesen. Dies habe nicht dokumentiert werden müssen. Bei der 25

Diszites handele es sich um eine seltene aber typische Komplikation nach
Bandscheibenoperationen. 26

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen C vom 03.12.1990 (Bl. 113 ff d. A.) nebst Ergänzungen vom 24.04.1991 (Bl. 171 ff d. A.) und vom 20.12.1991 (Bl. 197 ff d. A.) sowie einer ergänzenden mündlichen Anhörung des Sachverständigen im Kammertermin am 14.07.1992 (Bl. 246 ff d. A.).	27
Es hat die Klage abgewiesen, da nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ein Behandlungsfehler nicht festgestellt werden könne.	28
Gegen dieses Urteil, auf das wegen der weiteren Einzelheiten gem. § 543 Abs. 1 ZPO Bezug genommen wird, richtet sich die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers.	29
Er behauptet nunmehr, daß bereits eine Woche nach der Entlassung Rückenschmerzen und eine verstärkte Eiterung der Wunde aufzutreten sei. Schon ab Mitte März 1984 habe er nicht mehr selbständig in das Krankenhaus fahren können. Die Beschwerden seien von ihm stets angegeben worden, eine nähere Untersuchung habe jedoch nicht stattgefunden. Trotz erheblicher Schmerzen sei eine Bitte ums stationäre Aufnahme noch am 22.03.1984 abgelehnt worden.	30
Bei rechtzeitiger Untersuchung hätte die Diszites früher erkannt und behandelt werden können.	31
Auch sei er erst am 27.03.1994 geröntgt worden. Wäre eine Röntgenaufnahme bereits Mitte März 1984 erstellt worden, hätte eine Behandlung schon zu diesem Zeitpunkt beginnen können und eine zweite Operation wäre vermieden worden.	32
Als fehlerhaft sei auch anzusehen, daß der Beklagte zu 2) sich geweigert habe, ihn in eine Spezialklinik zu verlegen, obwohl er ausdrücklich darum gebeten worden sei.	33
Der Kläger wiederholt seinen Standpunkt, daß die Wahl der Operationstechnik als grob fehlerhaft anzusehen sei. Durch sie sei die Harnleiterstenose verursacht worden, die als Folge der klassischen Methode nicht auftreten könne.	34
Der Beklagte zu 2) habe ihn, den Kläger auch nicht ausreichend aufgeklärt. Er habe ihn nicht darauf hingewiesen, daß eine weniger gefährliche Alternativbehandlung möglich sei. Wäre er ordnungsgemäß aufgeklärt worden, hätte er sich für die sichere Methode entschieden.	35
Der Kläger beantragt unter weiterer Bezifferung des Erwerbsausfallschadens für die Zeit bis zum 30.04.1993:	36
unter Abänderung des erstinstanzlichen Urteils,	37
1.	38
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger 133.226,23 DM nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen;	39
2.	40
die Beklagten zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen;	41
3.	42

festzustellen,	43
a) daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, an den Kläger weiteren Schadensersatz zu leisten und zwar ab 01.05.1993 in Höhe der beim Bezug von Altersruhegeld sich ergebenden schadensbedingten Minderbeträge;	44
b) daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, and en Kläger im Falle des Eintritts gegenwärtig nicht vorhersehbarer Dauerschäden und anderer nachteiliger Veränderungen im Gesundheitszustand des Klägers, soweit sie auf die fehlerhafte Behandlung durch den Beklagten zu 2) zurückzuführen sind, so wie sonstige Spätfolgen der Behandlung durch den Beklagten zu 2) weiteren Schadensersatz sowie Schmerzensgeld in angemessener Höhe zu leisten.	45
Die Beklagten beantragen,	46
die Berufung zurückzuweisen.	47
Sie bestreiten die vom Kläger behaupteten Wundheilungsstörungen eine Woche nach seiner Entlassung. Ein früherer Nachweis des Infektes hätte im übrigen keinerlei Auswirkungen auf die dann am 29.03.1984 durchgeführte Operation gehabt.	48
Um eine Verlegung in eine Spezialklinik habe der Kläger nicht gebeten. Der Beklagte zu 2) sei im übrigen zur Durchführung vorgenommenen Eingriffes kompetent und dieser sei auch lege artis durchgeführt worden. Die gewählte Methode sei nicht zu beanstanden sondern vielmehr bei dem Kläger indiziert gewesen. Sie habe sich weitgehend bei allen andern Krankenhäusern wegen des guten Erfolges durchgesetzt.	49
Über die Risiken der Operation sei der Kläger ausreichend aufgeklärt worden. Eine hinreichend bessere Alternativmethode habe nicht zur Verfügung gestanden, jedenfalls hätte sich der Kläger vernünftigerweise für die gewählte Operationsmethode entschieden.	50
Letztlich bestreiten die Beklagten, daß die in der Folgezeit aufgetretenen Beschwerden und Störungen, auch die urologische Komplikation, in einem mit dem Eingriff am 29.03.1984 zuzurechnenden Zusammenhang stehe.	51
Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.	52
Die den Kläger betreffenden Krankenunterlagen des D-Krankenhauses A und des E-Krankenhauses der Stadt F waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.	53
Der Senat hat Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen G, H, B und I sowie des Sachverständigen C.	54
Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahm wird auf den Inhalt des Berichterstattervermerkes vom 29.04.1993 Bezug genommen.	55
<u>Entscheidungsgründe</u>	56
Die zulässige Berufung ist unbegründet.	57
	58

Ein Schadensersatzanspruch des Klägers besteht nicht.

1. 59

Ein Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Operation am 17.02.1984 ist in zweiter Instanz nicht mehr geltend gemacht worden. 60

Das Landgericht hat insoweit auch mit zutreffenden Erwägungen angenommen, daß ein fehlerhaftes Vorgehen nicht festgestellt werden könne, ein solches jedenfalls für die bei dem Kläger aufgetretene Diszites nicht kausal geworden sei. 61

Diese stelle sich vielmehr als eine zwar sehr seltene aber typische Komplikation nach einer solchen Operation dar. 62

2. 63

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme besteht auch kein Anspruch auf Schadensersatz wegen fehlerhafter ambulanter Nachbehandlung in der Zeit bis zur erneuten stationären Aufnahme des Klägers am 23.03.1984. 64

Die Zeugen G und H haben - wie auch der Zeuge J in seiner schriftlichen Aussage vom 04.11.1992 (Bl. 320 f d. A.) - den Vortrag des Klägers bestätigt, daß etwa eine Woche nach der Entlassung aus der stationären Behandlung verstärkt Schmerzen und Eiterbildung aufgetreten sind. 65

Der Sachverständige hat dazu überzeugend ausgeführt, daß aufgrund der Zeugenaussagen nicht feststellbar ist, ob es sich dabei um oberflächliches, bei einer Sekundärheilung vorhandenes Wundsekret handelte oder um aus der Tiefe kommenden Eiter. Nur wenn letzteres mit Sicherheit festgestellt werden kann, ist eine Öffnung der Wunde vertretbar, die ansonsten nicht gespalten werden darf, um eine Keimverschleppung in die Tiefe zu verhindern. 66

Der Senat folgt weiterhin dem Sachverständigen in seiner Aussage, daß nicht festgestellt werden kann, daß bei einer früheren Erkennung der Fistelung die operative Revision mit ihren Folgen hätte vermieden werden können. 67

Seinen Bekundungen nach ist die Diagnose der Fistelung im vorliegenden Fall innerhalb eines sehr kurzen Zeitraumes erfolgt. Als diagnostische Mittel standen zum damaligen Zeitpunkt nur eine röntgenologische Untersuchung zur Verfügung, durch die Veränderungen jedoch erst nach vier bis fünf Wochen zu sehen sind. Weiterhin ist ein Indiz die Blutsenkungsgeschwindigkeit, die bei dem Kläger jedoch bereits durch die Sekundärheilung zu erklären war. Daß mit der operativen Revision bis zum 29. März 1984 abgewartet wurde, ist demnach nicht als fehlerhaft anzusehen. 68

3. 69

Mit dem Landgericht ist der Senat der Auffassung, daß die von dem Beklagten zu 2) gewählte Operationsmethode zur Beseitigung der Diszites sachgerecht gewählt und durchgeführt worden ist. 70

Die zum damaligen Zeitpunkt überwiegend angewendete sogenannte klassische Methode sieht die Exploration der dorsalen Fistel mit Spülung und langanhaltende Ruhigstellung (ein halbes Jahr und länger) unter antibiotischer Therapie vor. Wie der Sachverständige 71

überzeugend dargelegt hat, hat sich jedoch die von dem Beklagten zu 2) schon in den Jahren vor der hier fraglichen Operation verwendete Methode bis zum heutigen Zeitpunkt jedenfalls an Spezialkliniken weitgehend durchgesetzt. Bei der früher üblichen Behandlung kam es immer wieder zu Abszeß- und Fistelbildungen.

Von besonderer Bedeutung für die endgültige Beseitigung der Diszites ist das vollständige Ausräumen des Wirbelraumes von den darin befindlichen Weichteilen, und zwar der Bandscheibe und des Faserringes. Nur dann besteht eine Gewähr dafür, daß die Entzündung heilen kann. Bei einem dorsalen Zugang kann wegen der erheblichen Gefahr der Verletzung nicht mehr als ein Drittel des Bandscheibengewebes herausgenommen werden, eine totale Ausräumung ist nur bei ventralem Zugang möglich. Nach einer Umfrage des Sachverständigen vor dem Senatstermin wird zur Zeit in 16 Spezialkliniken diese Operationstechnik angewendet, Komplikationen sind nicht bekannt. Der Sachverständige hat mitgeteilt, daß auf einem kürzlich abgehaltenen neurochirurgischen Kongreß der ventrale Zugang als heutiger Stand der Technik angegeben worden ist. 72

Dem Risiko einer möglichen Keimverschleppung bei einem ventralen Zugang stehen bei dorsaler Öffnung mögliche Nervenwurzelschädigungen zur Schädigung mit der Folge von Lähmungen, Duraverletzungen mit Liquorfisteln und Sekundärverwachsungen mit Folgen entsprechend denen eines Bandscheibenschadens gegenüber. 73

Von dem Beklagten zu 2) getroffene Wahl der Operationsmethode war somit nicht fehlerhaft. 74

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist die Operation auch sach- und fachgerecht durchgeführt worden. Der Sachverständige hat angegeben, daß der Eingriff lege artis durchgeführt und das gewünschte Ergebnis erzielt worden sei. Die Osteomyelites war abgeheilt und es war zu einer Osteosynthese der benachbarten Wirbelkörper gekommen. Die Tatsache, daß beim Kläger am 20.03.1985 und auch in der Folgezeit wiederholt ein Abszeß auftrat, kann nicht als Beweis für eine fehlerhafte Behandlung gewertet werden. Auch bei konservativer Behandlung mit langer Ruhigstellung und antibiotischer systematischer Behandlung sind ähnliche Verläufe mit Abszeßentwicklung nach langen Intervallen bekannt. Letztlich ist die Ursache der immer wieder auftretenden Eiterungen im Narbenbereich dorsal nach Angaben des Sachverständigen nicht zu klären. 75

Die langstreckige Eingengung des rechten Harnleiters kann nach Angaben des Sachverständigen Folge einer blanden Vernarbung nach der zweiten Bandscheibenoperation sein. Im Hinblick auf die bei der urologischen Operation beschriebenen harten und derben Narbenplatten spreche jedoch eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Narbenbildung nach vorausgehender Entzündung. Der Sachverständige kommt zu dem Ergebnis, daß die Harnleiterstenosierung mit ausreichender Wahrscheinlichkeit Folge einer, möglicherweise durch Infektionen komplizierter, Vernarbung im retroperitonealen Bereich ist, und damit Folge des Eingriffs am 29.03.1984, bei dem sich das Risiko der Keimverschleppung und dadurch hervorgerufener weiterer Narbenbildung verwirklicht hat. 76

Ein fehlerhaftes Vorgehen kann dem Beklagten zu 2) nach den Feststellungen des Sachverständigen jedoch nicht angelastet werden. 77

Der Senat folgt dem Sachverständigen auch insoweit, als er im vorliegenden Fall die Verlegung des Klägers in eine Spezialklinik nicht für geboten erachtet hat. Der vorgenommene Eingriff falle in die Kompetenz des Beklagten zu 2) als Chirurg und Unfallchirurg. 78

Es bestehen auch keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß ein Eingriff in einer anderen Klinik ein besseres Ergebnis erbracht hätte. Dagegen spricht nach den Angaben des Sachverständigen vielmehr, daß sowohl der Operationsvorgang als auch das Ergebnis lege artis sind.	
Der Senat hegt keinen Zweifel an der Kompetenz des Sachverständigen zur Beurteilung der in diesem Verfahren relevanten Beweisfragen. Warum er als langjährig erfahrener Arzt für Neurochirurgie an der Klinik für Neurochirurgie der Universität K zu deren sachverständiger Beurteilung nicht in der Lage sein soll, ist weder von dem Kläger im einzelnen dargelegt noch ersichtlich.	80
Der Einholung eines weiteren Gutachtens bedurfte es daher nicht. Der Senat geht vielmehr von der Richtigkeit der überzeugenden Darlegung des Sachverständigen aus.	81
4.	82
Die mit dem Eingriff am 29. März 1984 verbundene Körperverletzung des Klägers war auch durch die von ihm am 27. März 1984 erteilte Einwilligung gerechtfertigt.	83
Es kann dahingestellt bleiben, ob der Beklagte zu 2) den Kläger persönlich in ausreichendem Maße aufgeklärt hat. Der Beklagte zu 2) hat dazu in seiner Anhörung erklärt, er habe ganz allgemein die Risiken des ventralen Zuganges beschrieben und gesagt, es handle sich um einen risikoreichen Eingriff. An Einzelheiten konnte sich der Beklagte zu 2) nicht mehr erinnern.	84
Der Kläger hat dazu angegeben, daß der Beklagte zu 2) ihn bezüglich der verschiedenen Methoden dahingehen aufgeklärt habe, daß er nicht vom Rücken aus operiere, da dabei Nerven durchtrennt werden und schwere Behinderungen als Folge eintreten könnten.	85
Jedenfalls unter Einbeziehung der Angaben der von dem Kläger zu dem Eingriff vor der Unterschrift unter der Abschlusserklärung befragten Narkoseärztin ist ihm insgesamt eine ausreichende Erklärung über die möglichen Operationsalternativen, deren jeweilige Risiken und insbesondere der mit dem vorgesehenen Eingriff verbundenen Risiken im großen und ganzen erteilt worden. Danach war der Kläger in der Lage, die Risiken abzuschätzen und eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen (BGH NJW 1990, 2928; 1991, 2346; 1992, 754).	86
Nach den Angaben des Klägers im Senatstermin ist ihm von der Narkoseärztin anschaulich das Ausmaß der Operation geschildert worden. Insbesondere wurde er darauf hingewiesen, daß der Bauchraum soweit geöffnet werden mußte, daß dort mit zwei Händen hineingegangen werden konnte. Ferner hatte sie über die Erforderlichkeit des "Verschiebens innerer Organe" und die damit verbundenen möglichen Risiken, auch dasjenige einer weiteren Operation hingewiesen. Dem Kläger war bewußt, daß es sich bei der Operation entsprechend den Angaben der Ärztin um eine Sache "auf Leben und Tod" handelte.	87
Angesichts des Umstandes bedurfte es nicht der Aufklärung der Risiken in allen Einzelheiten, insbesondere derjenigen, die wie eine Entzündung stets als Folge eines Eingriffes auftreten können. Auch über die in Betracht kommenden Eingriffsmethoden war der Kläger in groben Zügen informiert (zur Aufklärungspflicht vgl. BGH NJW 83, 2189 ff., NJW 1993, 779 ff.).	88
Nach dem persönlichen Eindruck, den der Senat durch die Anhörung des Klägers gemäß 141 ZPO gewonnen hat, war er sich über das mit dem Eingriff verbundene Risiko bewußt. Eine weitergehende Aufklärung, insbesondere über die Risiken der in Betracht kommenden	89

Behandlungsmethoden im einzelnen hätte keinen Einfluß auf die von ihm getroffene Entscheidung gehabt. Es ist nicht davon auszugehen, daß er sich in Kenntnis der damit verbundenen Risiken und der möglichen Mißerfolgsquote für eine Exploration der dorsalen Fistel mit allgemein üblicher langanhaltender Ruhigstellung entschieden hätte.

Die Berufung des Klägers war daher zurückzuweisen. 90

Die Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Ziff. 10, 711 ZPO. 91

Durch dieses Urteil ist der Kläger in Höhe von mehr als 60.000,00 DM beschwert. 92