
Datum: 12.01.2000
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 35/99
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2000:0112.3U35.99.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 11 O 3/98

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 27. März 1998 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Essen teilweise abgeändert.

Die Beklagte zu 1) wird verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld von DM 3.000,00 nebst 4 % Zinsen seit dem 14.03.1997 zu zahlen.

Es wird festgestellt, daß die Beklagte zu 1) verpflichtet ist, der Klägerin alle materiellen und weiteren immateriellen Schäden zu ersetzen, die daraus resultieren, daß die Klägerin nicht bereits am 14.05.1994 relaparotomiert worden ist.

Im übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die weitergehende Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin kann die Zwangsvollstreckung der Beklagten gegen Sicherheitsleistung von DM 25.000,00 abwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Die Beklagten dürfen die Sicherheit durch eine unbefristete und unbedingte Bürgschaft einer deutschen Großbank, Genossenschaftsbank oder Sparkasse erbringen.

Tatbestand:

- | | |
|--|---|
| Die am #####1933 geborene Klägerin begab sich am 02.05.1994 auf Veranlassung ihres Frauenarztes in die gynäkologische Abteilung des Marienhospitals H, das in Trägerschaft der Beklagten zu 1) steht. Die Aufnahmeuntersuchung führte der Beklagte zu 2) als Chefarzt der gynäkologischen Abteilung durch. Er vermerkte in den Krankenunterlagen als Diagnose: | 1 |
| Adnextumor links. | 2 |
| Geplant war eine Laparotomie, Adnexexstirpation mit Schnellschnitt, eine Hysterektomie und je nach dem Ergebnis des Schnellschnittes eine Netzresektion sowie eine pelvine Lymphonodektomie. | 3 |
| Die Operation erfolgte am 03.05.1994. Operateur war der Beklagte zu 3); der Beklagte zu 4) assistierte. | 4 |
| Die Operation am 03.05.1994 erfolgte entsprechend dem zuvor gefaßten Plan. Es erfolgte eine Adnexexstirpation links, ein Schnellschnitt sowie eine Hysterektomie. Das Schnellschnittergebnis lautete auf „benigne Zyste“. | 5 |
| Der Verlauf nach der Operation war durch eine zunehmende Schmerzsymptomatik im Bauch und Unterleib der Klägerin gekennzeichnet. Es kam zu fieberhaften Verläufen mit septischen Schüben. Der Allgemeinzustand der Klägerin war schlecht, die Symptomatik insgesamt zunehmend. | 6 |
| Am 11.05.1994 leiteten die Beklagten eine antibiotische Behandlung ein, die ohne Erfolg blieb. Am 13.05.1994 wurde die Fertigung eines Computertomogramms angefordert. Am Morgen des 16.05.1994 ergab das gefertigte Computertomogramm des Unterleibs den Verdacht auf eine perforierte Darm?Divertikulitis. Am Nachmittag desselben Tages wurde die Klägerin relaparotomiert. Die histologische Untersuchung des Sigmateilresektates ergab als Ursache eine ausgedehnte eitrige Bauchfellentzündung, die ihren Grund mutmaßlich in einer herdförmig eiternden Darm?Divertikulitis fand. | 7 |
| Am 08.07.1994 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung entlassen. Der während der Relaparotomie gelegte künstliche Darmausgang wurde im Februar 1995 zurückverlegt. | 8 |
| | 9 |

Im Februar 1996 machte ein Narbenbruch eine Nachoperation erforderlich.

Heute ist die Klägerin infolge eines Schlaganfalles pflegebedürftig. 10

Die Klägerin hat behauptet, vor der Operation am 03.05.1994 hätte eine Darm?Diagnostik durchgeführt werden müssen. Die Entfernung der Gebärmutter sei nicht indiziert gewesen und habe ein zusätzliches Risiko dargestellt. Es sei geboten gewesen, bei der Operation am 03.05.1994 entsprechende Darmanteile zu untersuchen. Hierbei wäre die Divertikulitis aufgefallen. 11

Die Divertikulitis hätte früher erkannt werden müssen. Bezüglich der Entfernung der Gebärmutter sei sie nicht sachgerecht aufgeklärt worden. 12

Die Klägerin hat beantragt, 13

1. 14

die Beklagten zu verurteilen, an sie als Gesamtschuldner ein Schmerzensgeld in angemessener Höhe nebst 4 % Zinsen seit dem 14.03.1997 zu zahlen, 15

2. 16

festzustellen, daß die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihr alle zukünftigen aus der stationären Behandlung vom 16.05.1994 bis zum 08.07.1994 erwachsenen materiellen Schäden zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind. 17

Die Beklagten haben beantragt, 18

die Klage abzuweisen. 19

Sie haben Behandlungsfehler in Abrede gestellt und behauptet, ein erstes Aufklärungsgespräch habe bereits am Morgen des 02.05.1994 stattgefunden. 20

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen N2 und N. Sodann hat das Landgericht ein Gutachten eines Sachverständigen eingeholt und nachfolgend die Klage mit der Begründung abgewiesen, die Klägerin habe keine Behandlungsfehler der Beklagten bewiesen. Sie sei auch ordnungsgemäß aufgeklärt worden. 21

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die erstinstanzlich gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, das schriftliche Gutachten des Sachverständigen, das Protokoll der mündlichen Verhandlung sowie auf die angefochtene Entscheidung Bezug genommen. 22

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit der Berufung. Unter Wiederholung und Vertiefung des erstinstanzlichen Sachvortrages behauptet sie, bei der Operation am 03.05.1994 sei die Darmwand einer Hitzeeinwirkung ausgesetzt gewesen. Hierdurch habe sich die Divertikulitis entwickelt. Dies hätte verhindert werden müssen und sei grob fehlerhaft. Eine ihr implantierte Platte im Bauchraum sei gebrochen, weil die in der Klinik tätigen Pfleger nicht darüber informiert gewesen seien, daß sie sich nicht habe aufrecht im Bett hinsetzen dürfen. Dennoch hätten die Pfleger sie aufrecht ins Bett gesetzt, wobei die Platte zerbrochen sei. Deshalb habe sie erneut operiert werden müssen. 23

Die Klägerin beantragt,	
unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung des Landgerichts Essen vom 27.10.1998	25
1.	26
die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an sie ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe sie in das Ermessen des Gerichts stellt, nebst 4 % Zinsen seit dem 14.03.1997 zu zahlen,	27
2.	28
festzustellen, daß die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihr alle aus der stationären Behandlung vom 02.05.1994 bis zum 08.07.1994 erwachsenden materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstiger Dritte übergegangen sind.	29
Die Beklagten beantragen,	30
die Berufung zurückzuweisen,	31
hilfsweise Vollstreckungsnachlaß.	32
Die Beklagten wiederholen und vertiefen ebenfalls den erstinstanzlichen Sachvortrag.	33
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung der Zeugin N2 sowie des Zeugen N und durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen.	34
Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes zweiter Instanz wird auf die in dieser Instanz gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Krankenunterlagen, das Protokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 20.10.1999 Bezug genommen.	35
<u>Entscheidungsgründe:</u>	36
Die zulässige Berufung der Klägerin hat nur zu einem geringen Teil auch in der Sache Erfolg.	37
Die Klägerin hat lediglich gegen die Beklagte zu 1 einen Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes in der aus dem Tenor ersichtlichen Höhe und Feststellung gem. §§ 831,847 BGB bzw. einen Anspruch wegen Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages.	38
Der Senat folgt dabei den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. I, von dessen Fachkunde er sich durch die mündliche Vernehmung ein eigenes Bild verschafft hat.	39
1.	40
Danach war es zunächst nicht fehlerhaft, die Klägerin nach entsprechender Vorbereitung am 03.05.1994 zu (re-) laparotomieren und im Verlaufe dieses operativen Eingriffs eine Hysterektomie vorzunehmen.	41
Die Operation selbst war zur Beseitigung des Adnextumores indiziert. In dem Alter, in dem sich die Klägerin zum damaligen Zeitpunkt befand, sind statistisch betrachtet immerhin 20 – 25% solcher zystischen Tumore bösartig, so dass es gerechtfertigt war, den operativen	42

Ablauf so zu planen, dass entsprechend reagiert werden konnte, wenn durch den Schnellschnitt ein maligner Prozeß hätte festgestellt werden können. Nach den Ausführungen des Sachverständigen vor dem Senat beläuft sich der Anteil bösartiger Tumore sogar auf 30 – 40%.

Angesichts der Größe des durch vorausgegangene Sonographie diagnostizierten Adnextumors kam nur die Laparotomie, also die Eröffnung des Bauchraumes durch Bauchschnitt in Betracht. Ein minimal-invasives, laparoskopisches Vorgehen wäre unsachgemäß gewesen, weil bei dieser Operationsmethode der operative Erfolg in Form der Beseitigung des Tumors nur durch dessen Zerkleinerung hätte erreicht werden können. Dabei bestand die Gefahr, dass – wäre der Tumor bösartig gewesen – maligne Zellen in den Bauchraum gelangten. 43

Soweit die Berufung in diesem Zusammenhang ein fehlerhaftes ärztliches Handeln sieht, gehen ihre Angriffe teilweise schon deshalb fehl, weil sie erkennbar von einem endoskopischen, laparoskopischen, also einem minimal-invasiven Eingriff ausgeht, der tatsächlich nicht vorgenommen wurde. 44

Ein fehlerhaftes operatives Vorgehen im Zuge der Laparotomie hat der Sachverständige anhand des Operationsberichtes und der übrigen Krankenunterlagen nicht gesehen. Insbesondere war eine Inspektion des Darmes und der Darmwand nicht erforderlich. Diese hätte allenfalls zur Feststellung der Divertikulose führen können. Selbst wenn eine solche vorgelegen hätte und erkannt worden wäre, hätte dies keine Konsequenzen gehabt. Symptome machte die Divertikulose vor der Operation nicht. Eine symptomlose Divertikulose als selbständiges Krankheitsbild wird nicht therapiert. Eine Divertikulitis lag nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen zum Zeitpunkt der ersten Operation unzweifelhaft nicht vor. Ein wichtiger Parameter für das Vorliegen einer Divertikulitis ist die Leukozytose. Am 02.05.1994 lagen die Leukozyten mit 7.800 im Normalbereich. 45

Indiziert war auch die Hysterektomie. Angesichts des Schnellschnittergebnisses, dass einen gutartigen Prozeß ergab, lag zur Entfernung des Uterus eine absolute Indikation nicht vor. Jedenfalls zu dem hier fraglichen Zeitpunkt entsprach es jedoch gutem fachärztlich-gynäkologischem Standard, nach Eröffnung des Bauchraumes etwa zur Beseitigung eines Adnextumores auch dann den Uterus zu entfernen, wenn kein maligner Prozeß vorliegt. Nach der Menopause hat der Uterus nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Forschung keinerlei Funktion mehr; der Uterus ist ein bei älteren Frauen nach der Menopause entbehrliches Organ, das aber potentiell einen Krankheitsherd darstellt. Daraus rechtfertigt sich die relative Indikation. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Ausführungen der Gutachter der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe gem. Bescheid vom 26.07.1995. 46

Dieses Ergebnis wird durch die zu den Akten gereichte Stellungnahme vom 05.01.2000 nebst Anlage nicht in Frage gestellt. Es fehlt in der Stellungnahme des Instituts für fachübergreifende Begutachtung in der Medizin vom 14.12.1999 bereits an jeglicher Begründung. Zudem schreibt der dort Unterzeichnende, daß geeignete Kollegen nicht zur Verfügung stünden. Die fachliche Ausrichtung des unterzeichnenden Dr. med. X ist nicht erkennbar. Der Briefkopf ordnet ihn nur der Rechtsmedizin zu. Letztlich ist auch nicht klar, anhand welcher Unterlagen überhaupt die Stellungnahme erfolgte. 47

2. 48

49

Das ärztliche Vorgehen nach der Operation vom 03.05.1994 bis einschließlich des 13.05.1994 war sachgemäß. Fehlerhaftes Verhalten ist nicht feststellbar. Die Klägerin hat insoweit den ihr obliegenden Beweis unsachgemäßen ärztlichen Handelns nicht erbracht.

Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen gab es bis zum 13.05.1994 50
keinen Grund zu einer anderen Behandlung der Klägerin. Bis zu diesem Zeitpunkt war es auch vertretbar, mit der Revisionsoperation zuzuwarten. Daran ändern auch die von den Zeugen geschilderten subjektiven Eindrücke von dem Krankheitsbild der Klägerin nichts. Ihren Schilderungen des Krankheitsbildes der Klägerin stehen die objektiven Aussagen der Krankenunterlagen der Beklagten gegenüber; dass diese gefälscht worden sein sollen, behauptet die Berufung selbst nicht.

Danach waren die ersten postoperativen Tage zunächst ohne klinische Besonderheiten. Die 51
nach der Erstoperation geklagten Schmerzen konnten aus ärztlicher Sicht als übliche postoperative Schmerzsymptomatik erklärt werden. Sowohl die Leukozytenzahlen als auch die BSG-Werte und der Fieberverlauf gaben zunächst, bis zum 10.05.1994, keinen Anlaß zur Beunruhigung und zu weiteren Maßnahmen als die getroffenen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen waren die Fieberverläufe bis zum 8. postoperativen Tag durchaus typisch. Erst dann begannen septische Verläufe, die sich einer gezackten Fieberkurve äußern. Entsprechend haben die Beklagten durch die Einleitung einer Antibiotikatherapie reagiert. Dabei war es sachgemäß, zunächst eine konservative Therapie einzuleiten und deren Ergebnis abzuwarten. Ein evtl. zu diesem Zeitpunkt bereits vorhandener Meteorismus oder eine Somnolenz gaben zu diesem Zeitpunkt keine Indikation zu einer Relaparotomie.

Die Überwachung der Klägerin in diesem Zeitraum bis zum 13.05.1994 hat der 52
Sachverständige unter Berücksichtigung der Krankenunterlagen ausdrücklich als hochgradig korrekt bezeichnet. Zur Abklärung des Krankheitsbildes der Klägerin haben die Beklagten einen Internisten hinzugezogen und eine röntgenologische Abklärung veranlaßt. Bis zum 13.05. 1994 durfte auch zugewartet werden, ob die konservative Therapie mit Antibiotika erfolgreich sein würde. Üblicherweise wartet man zunächst etwa 48 Stunden, ob die verabreichten Antibiotika anschlagen und sich der Zustand des Patienten bessert.

Am 13.05.1994 durfte ebenfalls noch weiter zugewartet werden. Dabei steht den 53
behandelnden Ärzten ein Ermessensspielraum zu, der sich daraus ergibt, dass grundsätzlich die Relaparotomie für den Patienten eine erhebliche Belastung darstellt und vorliegend das Risiko für die Klägerin durch die bestehende Adipositas weiter erhöht war. Von diesem Zeitpunkt an war jedoch wegen der beginnenden abdominalen Symptomatik die Indikation zur operativen Intervention zu diskutieren. Das klinische Bild der Klägerin war unverändert. Der Beklagte zu 2 hat vor dem Senat selbst ausgeführt, dass die Klägerin zu diesem Zeitpunkt einen schwerkranken Eindruck machte. Dieser Eindruck hat ihn dann auch veranlaßt, am Samstag, dem 14.05.1994 morgens und am Abend selbst nach der Klägerin zu sehen.

Nach Auffassung des Senats war es trotz des klinischen Bildes und der abdominalen 54
Symptomatik nebst allen vorliegenden Befundungen aufgrund des ärztlichen Ermessens noch gerechtfertigt, bis zum 14.05.1994 zuzuwarten. Der Sachverständige hat darauf verwiesen, dass eben die Entscheidung zu einer Relaparotomie in solchen Situation nicht einfach zu treffen ist. Nicht sachgemäß war es jedoch, noch am 14.05.1994 weiter zuzuwarten. An diesem Tag hätte die Revisionsoperation durchgeführt werden müssen, so wie sie letztlich am 16.05.1994 vorgenommen worden ist. Überzeugend hat der Sachverständige darauf verwiesen, dass es an diesem Tag keinen Grund gab, länger abzuwarten. Der schwerkranke Zustand der Klägerin war an diesem Tag nach wie vor

unverändert. Die abdominale Symptomatik bei einer septischen Fieberkurve war nach wie vor gegeben. Zusätzlich war ein Meteorismus gegeben; die Gabe von Antibiotika hatte sich als erfolglos erwiesen. Die geklagte Dyspnoe der Klägerin konnte zwar mit der Pneumonie erklärt werden, konnte aber auch Ausdruck der septischen Erkrankung sein. Überzeugend ist deshalb die Schlußfolgerung des Sachverständigen, dass in einer solchen therapieresistenten Situation bei Zustand nach Laparotomie eine intraabdominale Ursache des Krankheitsbildes durch Relaparotomie ausgeschlossen werden muß.

In seinem schriftlichen Gutachten hat der Sachverständige das weitere Zuwarten nicht als behandlungsfehlerhaft gewertet, jedoch klar und eindeutig ausgeführt, dass ab dem 13.05.1994 die Relaparotomie indiziert war. Auf ausdrückliches Befragen vor dem Senat hat der Sachverständige seine Ausführungen zur Sache lediglich wiederholt und präzisiert, das ärztliche Verhalten seit dem 14.05.1994 jedoch als unsachgemäß bezeichnet. Das allein erscheint folgerichtig. Im schriftlichen Gutachten bleibt letztlich unklar, warum trotz eindeutiger Indikation für eine erneute Operation ein Zuwarten über den 14.05.1994 hinaus noch sachgemäß und damit nicht behandlungsfehlerhaft gewesen sein soll. Die Schlußfolgerung des Sachverständigen am Ende des schriftlichen Gutachtens deckt sich nicht mit den inhaltlichen Ausführungen zu dieser Frage. Deshalb ist die nunmehrige Schlußfolgerung des Sachverständigen, das weitere Zuwarten sei behandlungsfehlerhaft, nur die plausible und nachvollziehbare Konsequenz seines in der Sache bezogenen Standpunktes. Nach Auffassung des Senats verbleibt deshalb ein Widerspruch innerhalb der Begutachtung nicht. 55

Die Gutachter der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe sehen eine verspätete Relaparotomie nicht. Der Erstgutachter führt aus, die Diagnosefindung sei äußerst schwierig gewesen und die Indikationsstellung zur Relaparotomie sei sehr sorgfältig abgewogen worden (Bl. 55 GA). Eine nähere Begründung findet sich nicht. Der Zweitgutachter fügt – mit seinen Worten – einige kritische Anmerkungen hinzu, setzt sich jedoch im einzelnen mit dem Ablauf bis zum 16.05.1994 nicht auseinander, sieht lediglich kein ärztliches Fehlverhalten (Bl. 57 f. GA). Diese Ausführungen hält der Senat angesichts der doch pauschalen Auseinandersetzung der Gutachter mit dem Sachverhalt und der kurzen und allenfalls oberflächlichen Begründung für nicht tragfähig. Demgegenüber sind die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen abgewogenen, orientieren sich an den konkreten Einzeldaten der Krankenunterlagen, verfolgen den Krankheitsverlauf über die einzelnen Tage des stationären Aufenthaltes und sind deshalb in sich geschlossen und überzeugend. 56

3. 57

Soweit der Klägerin wohl versehentlich Insulin gespritzt worden ist, kann es dahin gestellt bleiben, ob sich dies als ein Fehler darstellt, wofür vieles spricht. Jedenfalls ist der Klägerin hierdurch keinerlei Schaden entstanden, der durch ein Schmerzensgeld ausgeglichen werden müßte und zur entsprechenden Feststellung einer Ersatzpflicht führen würde. 58

Ebensowenig ist der Klägerin ein Schaden aus einem evtl. Bruch der die Operationsnäher stabilisierenden Platte entstanden. In den Krankenunterlagen findet sich für eine hierdurch erforderlich werdende Operation keinerlei Hinweis. Der Sachverständige hat auch darauf verwiesen, dass ein solcher Plattenbruch für den Patienten keinerlei Folgen hat. 59

3. 60

61

Der operative Eingriff war gerechtfertigt. Die Klägerin hat in diesen Eingriff einschließlich der Entfernung des Uterus wirksam eingewilligt.

Der Sachvortrag in der Berufungsbegründung zur Schwerhörigkeit der Klägerin ist offensichtlich unrichtig. Zwar ist die Klägerin hörgeschädigt und deshalb auf ein lautes Sprechen ihres Gegenüber angewiesen. Die Zeugin N2 hat jedoch stets betont, insbesondere der Beklagte zu 2 habe immer geschrien, natürlich, um sich der Klägerin verständlich zu machen. Vor dem Senat hat die Zeugin ausgesagt, er habe so geschrieen, dass ihre Mutti das mitbekommen habe. 62

Der Senat glaubt dem Beklagten zu 2, dass er die Klägerin darauf hingewiesen habe, dass die Entfernung des Uterus auf alle Fälle sinnvoll sei. Wie der Sachverständige ausgeführt hat, entsprach dies medizinisch der Sachlage. Es gibt deshalb keinen Grund, warum der Beklagte zu 2, der zudem vor dem Landgericht als Partei vernommen worden ist, das Gespräch deshalb nicht in diesem Sinn vorgenommen haben soll. Demgegenüber vermag der Senat der Klägerin und der Zeugin N nicht zu folgen. Abgesehen davon, dass es für die Klägerin keinerlei nachvollziehbaren Grund gab, der Entfernung des Uterus nur bei einer Bösartigkeit des Tumors zuzustimmen, ist die Aussage der Zeugin sowohl vor dem Landgericht als auch vor dem Senat durch Unsicherheiten geprägt. So wußte sie etwa nicht mehr, wo der Untersuchungsraum des Beklagten zu 2 war; dass dieser die räumliche Lage seines eigenen Arbeitszimmers kennt, davon geht der Senat aus. Die Zeugin wußte aber z.B. auch nicht mehr, dass sich das Aufklärungsgespräch mit dem Beklagten zu 4 auch auf die Entfernung der Gebärmutter bezog, obwohl die Klägerin ausweislich der Dokumentation einen Perimed-Bogen zur Hysterektomie unterschrieben hat. Entgegen der Berufung hat die Zeugin N schon vor dem Landgericht eingeräumt, dass die Unterschrift von ihrer Mutter stammt („so ungefähr ist es wie die Unterschrift meiner Mutter,“; Bl. 139 GA). Die Unterschrift der Klägerin unter diesem Aufklärungsbogen ist erkennbar identisch etwa mit denen unter dem Aufklärungsbogen zur Gastroskopie und zur Relaparotomie, wenn man den jeweiligen Gesundheitszustand mit berücksichtigt. 63

Absolut nachvollziehbar hat der Beklagte zu 4 vor dem Landgericht ausgesagt, dass er entweder in dem Aufklärungsbogen selbst einen Vermerk gemacht oder sonstwie reagiert hätte, wenn die Klägerin ihr Einverständnis zur Hysterektomie nur bei Bösartigkeit des Adnextumors gegeben hätte. Nach Abwägung aller Umstände hält der Senat es deshalb für erwiesen, dass die Klägerin nach entsprechender Grundaufklärung und einem Hinweis über den Sinn der Hysterektomie ihre Einwilligung auch in diesen Teil der Operation gegeben hat. 64

Das Aufklärungsgespräch war auch rechtzeitig. Die Klägerin wurde am 02.05.1994 stationär aufgenommen und bereits am Vormittag durch den Beklagten zu 2 untersucht und in diesem Zusammenhang jedenfalls über den geplanten Operationsverlauf einschließlich des Sinns der Hysterektomie informiert. Dass diese Untersuchung entgegen den Bekundungen der Zeugin N2 am Morgen des 02.05.1994 erfolgte, war den erstinstanzlich vorgelegten und mit Datum und Uhrzeit versehenen Sonogrammen hinreichend zu entnehmen (Bl. 139 GA). 65

Die Zeugin N2 hat vor dem Senat eingeräumt, dass Dr. P über die Risiken, Blutungen „und so alles,“ gesprochen habe. Dr. P hat vor dem Landgericht ausgesagt, dieses Gespräch sei am Nachmittag vor dem Operationstag gewesen. Davon geht der Senat aus. Die Zeugin N2 war offensichtlich nicht in der Lage, den zeitlichen Ablauf zu rekonstruieren. So hat sie bekundet, wie dargelegt, das Gespräch mit dem Beklagten zu 2 sei erst am Nachmittag gewesen. Demgegenüber habe das Gespräch mit dem Beklagten zu 4 am Vormittag oder mittags stattgefunden. Vor dem Senat hat die Zeugin dann wiederum ausgesagt, das Gespräch mit dem Beklagte zu 2 sei erst spät am Abend nach dem Abendbrot erfolgt. 66

Jedenfalls hat auch die Zeugin N nicht bekundet, das eigentliche Aufklärungsgespräch durch den Beklagten zu 4 habe erst am Vorabend der Operation stattgefunden. 67

Das Gespräch am Nachmittag des 02.05.1994 hält der Senat jedenfalls in dem hier zu entscheidenden Rechtsstreit für rechtzeitig. Die Klägerin hatte nach diesem Gespräch noch ausreichend Gelegenheit, mit ihrer stets anwesenden Tochter und auch mit ihrem offenbar ebenfalls anwesenden Gatten, dem Zeugen N die Sachlage eingehend zu erörtern, das Für und Wider abzuwägen und sich auch noch gegen die geplante Operation zu entscheiden. 68

4. 69

Infolge der verzögerten Relaparotomie hat die Klägerin für zwei Tage nicht unerhebliche Schmerzen zu ertragen gehabt, die ihr bei rechtzeitigem Revisionseingriff erspart worden wären. Weitere Folgerungen hat der zeitliche Verzug nicht gehabt. Den Beweis, dass bei einem frühzeitigeren Eingreifen es ihr heute besser ginge, hat die Klägerin nicht erbracht. Der Sachverständige hat überzeugend darauf verwiesen, dass der Eingriff am 16.05. genau so durchgeführt wurde, wie auch der Eingriff am 14.05.1994 durchgeführt worden wäre und dass das Ergebnis für die Klägerin nach einer Operation am 13.05.1994 das gleiche gewesen wäre wie nach der tatsächlichen Revisionsoperation vom 16.05.1994. Das steht im Einklang mit den Ausführungen der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe. 70

Beweiserleichterungen kommen der Klägerin nicht zugute. Das Fehlverhalten des ärztlichen Personals hat der Sachverständige auf dem Hintergrund der schwierigen Entscheidung zur Relaparotomie nicht als unverständlich bezeichnet. Verstöße gegen die Befunderhebungspflichten waren nicht feststellbar. Der Sachverständige, der alle Umstände abgewogen hat, hat solche nicht gesehen. Nur ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der Sachverständige es sogar als hochgradig und damit äußerst unwahrscheinlich bezeichnet hat, dass der Klägerin etwa bei früherer Operation der anus praeter erspart worden wäre (Bl. 106 GA). 71

5. 72

Wegen der erlittenen Schmerzen steht der Klägerin das ausgeurteilte Schmerzensgeld gegen die Beklagte zu 1 aus § 831 BGB zu. Sie haftet für das ärztliche Personal, dass sich entgegen dem Gebot der Stunde nicht bereits am 14.05.1994 zur Revisionsoperation entschlossen hat. Dabei erscheint dem Senat das ausgeurteilte Schmerzensgeld nach Abwägung der zeitlichen Spanne, der erlittenen Schmerzen, aller Unzuträglichkeiten und sonstiger Umstände als ausreichend und angemessen, aber auch erforderlich. 73

Dieser Anspruch steht der Klägerin gegen die Beklagten zu 3 und 4 schon deshalb nicht zu, weil sie am 14. und 15.05.1994, einem Wochenende mit der ärztlichen Betreuung der Klägerin nicht befaßt waren. Lediglich der Beklagte zu 2 war sowohl am Samstag als auch am Sonntag im Hause und hat sich um die Klägerin gekümmert. 74

Aber auch gegen den Beklagten zu 2 hat die Klägerin keinen Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes, weil der Beklagte zu 2 die Verzögerung nicht verschuldet hat. Der Beklagte zu 2 hat den gesundheitlichen Zustand der Klägerin beobachtet und am 14.05. ein inneres und am 15.05.1994 ein chirurgisches Konsil veranlaßt. Ein gynäkologisches Problem lag erkennbar nicht vor und hat sich auch nicht bestätigt. Deshalb mußte der Beklagte zu 2 aus eigener Kompetenz nicht selbst entscheiden, sondern durfte sich nach den Grundsätzen der horizontalen Arbeitsteilung auf die Einschätzung des Internisten und insbesondere des 75

Chirurgen verlassen, der noch am 15.05.1994 die Revisionsoperation für nicht indiziert gehalten hat. Der Sachverständige hat zwar ausgeführt, dass er den Chirurgen nicht hinzugezogen hätte, dessen Hinzuziehen aber ausdrücklich als sachgercht bezeichnet.

Dem Beklagten zu 2 ist auch nicht vorzuwerfen, den Chirurgen nicht schon am 14.05.1994 hinzugezogen zu haben. Jedenfalls hätte sich ein solches Versäumnis nicht ausgewirkt. Denn wenn der diensthabende Chirurg selbst am 15.05. die Indikation zur Operation nicht sah, hätte er eine solche am 14.05.1994 erst recht nicht für gegeben erachtet.

6. 77

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen ist der Feststellungsantrag nur in dem tenorierten Umfang begründet. 78

7. 79

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 91, 92 Abs. 2, 97 Abs.1, 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO. 80

8. 81

Das Urteil beschwert die Klägerin mit mehr als DM 60.000,-, die Beklagte zu 1 mit DM 4.000, (DM 3.000,- Schmerzensgeld und DM 1.000,- Feststellung). 82