
Datum: 23.01.2002
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 16/01
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2002:0123.3U16.01.00

Vorinstanz: Landgericht Siegen, 2 O 390/97

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 10. November 2000 verkündete Urteil der 2. Zivilkammer des Landgerichts Siegen wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger darf die Zwangsvollstreckung der Beklagten durch Sicherheitsleistung von € 13.000,- abwenden, falls nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in derselben Höhe leisten, die auch durch eine unbefristete und unbedingte Bürgschaft einer deutschen Großbank, Genossenschaftsbank oder öffentlichen Sparkasse erbracht werden kann.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am #####1954 geborene Kläger litt seit etwa 1988 rezidivierend über Rückenbeschwerden, die ab 1992 zusätzlich ins rechte Bein und in den ventralen Oberschenkel ausstrahlten. Eine am 23. März 1992 gefertigte CT-Aufnahme zeigte einen Bandscheibenvorfall im Zwischenwirbelbereich L 3/L 4, eine mediane Protrusion im Bereich 4/5 sowie in dieser Höhe eine knöcherne Einengung der Foramina intervertebralia.	2
Am 16. April 1992, dem Gründonnerstag, wurde der Kläger per Liegendtransport zur stationären Aufnahme wegen zunehmender Beschwerden verbracht. Leitender Abteilungsarzt der orthopädischen Abteilung ist der Beklagte zu 2); der Beklagte zu 3) war zur damaligen Zeit als Assistenzarzt in der Abteilung tätig.	3
Ausweislich des Arztberichtes vom 16.06.1992 heißt es für den Zeitpunkt der Aufnahme:	4
... Gang und Stand zunächst möglich, Beckengeradstand, ..., keine Paresen, Sensibilität unauffällig, PSR seitengleich gesteigert, ASR re. mehr als li. klonisch, paravertebraler DS L 4/5 li. mit Einstrahlung in das li. Bein. ...	5
Es erfolgte zunächst eine konservative therapeutische Behandlung. Ausweislich des Berichtes vom 16.06.1992 heißt es für den Folgetag, den 17.04.1992 (Karfreitag):	6
... Am Tag nach d. Aufnahme kam es dann zu einer Zehenheber-, Peroneus- und Quadrizepsschwäche li.seitig, einer Zehenheber-, Peroneus-, Fußheber- und Quadrizepsschwäche re.-seitig mit insgesamt starker Progredienz, so daß wir den Pat. myelographierten. Dabei fanden wir einen nach prox. sequestrierten Massenprolaps L 3/L 4.	7
Zur Myelographie heißt es im Bericht vom 22.04.1992 unter anderem:	8
Die dringliche Indikation ergibt sich aus einer schweren, fortlaufend zunehmenden Parese beider Beine von Zehenheber, Peronei, Tibialis anterior, Quadrizeps re. mehr als li.	9
Wegen der hohen Symptomatik wird zunächst versucht L 2/L 3 die Lumbalpunktion durchzuführen. Dies gelingt wegen der massiven Zwangshaltung in Hyperlordose nicht. Nach dem Einstich durch die Haut kollabiert der Pat., weswegen die Anästhesie-Abteilung zur Hilfe geholt wird.	10
Nach Kreislaufstabilisierung durch Infusion erfolgt dann Lumbalpunktion L 1/L 2. ... Das Kontrastmittel läuft zunächst zügig abwärts bis zur Hinterkante LWK III und stoppt hier ab. Es steigt massiv nach oben. ... Die Kontrastmittelsäule weist einen kompletten Stopp an der Hinterkante LWK III auf. ...	11
Noch am selben Tag erfolgte ein operativer Eingriff in Form einer Nukleotomie L 3/L 4 rechts. Hierbei zeigte sich ein sequestrierter Massenprolaps L 3/L 4 nach proximal.	12
Am Abend des 17.04.1992 wurde ausweislich der Krankendokumentation die Blase mit 1.200 ml katheterisiert. Nach den Aufzeichnungen im Krankenblatt vermochte der Kläger am 18.04.1992 spontan Urin zu lassen.	13
Zu der postoperativen Phase heißt es in dem Arztbrief vom 16.06.1992 weiterhin:	14
... Postoperativ war dann zusätzlich noch eine Iliopsoasschwäche bds. re. mehr als li. sowie eine erhebliche Sensibilitätsstörung am Beckenbodenbereich, bei jedoch erhaltener Kontinenz zu verzeichnen. Im weiteren Verlauf kam es dann zu einer vollständigen Rückbildung d. Schmerzsymptomatik, sowie zu einer fast vollständigen Rückbildung d.	15

Paresen. ...

Wir entließen den Pat. am 20. postop. Tag in Ihre Weiterbehandlung, dabei waren Gang und Stand durchführbar, Lasegue bds. bei 70° negativ, femoralis Dehnschmerz bds. negativ, fast vollständige Rückbildung d. Paresen, lediglich noch diskrete Zehenheberschwäche re., PFR und AFR seitengleich geschwächt, nahezu vollständige Rückbildung d. Sensibilitätsstörungen, Gehen und Treppensteigen sicher, Sitzen gut möglich. ... 16

In der Folgezeit war der Kläger wegen fortbestehender Beschwerden in diverser ärztlicher Behandlung. Dabei beklagte er unter anderem Miktions- und Defäkationsstörungen, von der Lendenwirbelsäule ausgehend in die Beine ausstrahlende Schmerzen, Kribbeln in Armen und Beinen mit schneller Ermüdung beim Gehen. Neurologisch wurde dies als sensibler Querschnitt ab L 1 eingeordnet. Der Kläger ist heute erwerbsunfähig. 17

Der Kläger hat behauptet, die Myelographie sei nicht indiziert, die Aufklärung zu dem Eingriff unzureichend gewesen. Auf das Risiko eines Querschnittsyndroms sei er nicht hingewiesen worden. Die Myelographie sei zudem fehlerhaft durchgeführt worden. Fehlerhaft sei nicht zugleich der Bereich L 4/L 5 mitoperiert worden. Man habe auch im Nachhinein versäumt, auf eine Revidierung in diesem Bereich hinzuwirken. 18

Der Kläger hat beantragt, 19

1. 20

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld wegen der fehlerhaften Behandlung in der Zeit vom 16.04.1992 bis 16.06.1992 zu zahlen, mindestens einen Betrag von 250.000,00 DM nebst 2,5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz, mindestens verzinslich jedoch mit 6 % seit dem 31.05.1996, 21

2. 22

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 175.846,23 DM nebst 2,5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz, mindestens jedoch 6 % Zinsen seit dem 31.05.1996 bzw. ab Rechtshängigkeit zu zahlen, 23

3. 24

festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm auch allen weiteren immateriellen und materiellen Schaden zu ersetzen, der ihm infolge der grob fehlerhaften Behandlung entstanden sei oder noch entstehen werde, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen seien oder noch übergehen werden. 25

Die Beklagten haben beantragt, 26

die Klage abzuweisen. 27

Sei haben jegliche Behandlungsfehler in Abrede gestellt und behauptet, das alternative Diagnosemittel der CT-Aufnahme habe nicht zur Verfügung gestanden. Die anderweitige Verlegung des Klägers hätte zu viel Zeit gekostet und wäre mit dem Risiko einer vollständigen motorischen Querschnittslähmung behaftet gewesen. 28

29

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. M. Zusätzlich hat es den Sachverständigen als auch den Privatgutachter Prof. Dr. T mündlich vernommen. Sodann hat es die Klage mit der Begründung abgewiesen, Behandlungsfehler als auch eine unzureichende Aufklärung des Klägers seien nicht festzustellen gewesen.

Wegen weiterer Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, das schriftliche Gutachten des Sachverständigen, das Protokoll zur mündlichen Verhandlung und auf die angefochtene Entscheidung Bezug genommen. 30

Gegen das Urteil des Landgerichts wendet sich der Kläger mit der Berufung. Er wiederholt und vertieft den erstinstanzlichen Sachvortrag und beantragt, 31

unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung des Landgerichts Siegen vom 10.11.2000 32

1. 33

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe wir in das Ermessen des Senats gestellt wird, nebst 4 % Zinsen seit dem 31.05.1996 zu zahlen, 34

2. 35

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 175.846,23 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 31.05.1996 zu zahlen, 36

3. 37

festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm auch alle weiteren materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihm durch die ärztliche Behandlung in der Zeit vom 16.04.1992 bis 16.09.1992 im Krankenhaus X in B entstanden sind oder zukünftig entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen, 38

4. 39

hilfsweise Vollstreckungsnachlaß. 40

Die Beklagten beantragen, 41

die Berufung zurückzuweisen, 42

hilfsweise ebenfalls Vollstreckungsnachlaß. 43

Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung der Zeugin T3 sowie durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. M. 44

Wegen weiterer Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Krankenunterlagen, das Protokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 23. Oktober 2001 Bezug genommen. 45

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers bleibt in der Sache ohne Erfolg. Der Kläger hat gegen die Beklagten keinen Anspruch auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes, auf Ersatz materieller Schäden und auf Feststellung gem. §§ 823 Abs. 1, 31, 831, 847 BGB bzw. wegen Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages in Verbindung mit § 278 BGB, soweit es die materiellen Schäden betrifft. 47

Auch aufgrund der ergänzenden Beweisaufnahme vor dem Senat steht nicht fest, daß die Behandlung des Klägers unsachgemäß erfolgte. Nach einer umfassenden Abwägung aller Umstände, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Darlegungen des Privatgutachters Prof. Dr. T als auch der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe folgt der Senat den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. M. Ergänzend wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden Ausführungen des Landgerichts in der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. 48

1. 49

Die Myelographie am 17.04.1992 war indiziert. 50

Der Senat hat in seinem Urteil vom 13.06.2001 - 3 U 145/00 – ausgeführt, worauf die Berufung verweist, daß eine Myelographie dann nicht indiziert ist, wenn bereits ein Computertomogramm erstellt wurde und die (zusätzliche) Myelographie keinen weiteren Informationsgewinn erbringen kann. In diesem Fall macht es in der Tat keinen Sinn, einen risikobehafteten invasiven Eingriff vorzunehmen, der dem Patienten keinen Benefit bieten kann. 51

So liegen die Dinge hier jedoch nicht. Der Kläger ließ bereits am 23. März 1992 ein Computertomogramm erstellen, das eine Protrusion in Höhe L4/L5 medial und einen Prolaps rechts paramedian L3/L4 zeigte. Diese bildgebende Diagnostik konnte die Beschwerdesymptomatik bis zum Tag der stationären Aufnahme am 16.04.1992, nicht aber die Progredienz am 17.04.1992 erklären. Die an diesem Tag aufgetretenen Veränderungen machten eine weitere Diagnostik zur Abklärung des Zustandes notwendig. 52

Daß sich eine erhebliche Veränderung im Krankheitsbild vom 16.04. auf den 17.04.1992 zeigte, steht zur Überzeugung des Senats fest. Soweit der Kläger in seinem Sachvortrag und bei seiner Anhörung vor dem Senat diese Veränderungen herabzuspielen versuchte, widerspricht dies den Feststellungen in der Krankendokumentation und den eigenen außerprozessualen Ausführungen. 53

Schon am Aufnahmetag kann von einem normalen Verlauf, wie ihn der Kläger bezeichnet hat, nicht gesprochen werden. Es mag sein, daß der Kläger noch zum Notarztwagen gegangen ist; immerhin wurde er ausweislich der Krankenunterlagen mit Liegendtransport eingeliefert, was seinen Zustand an diesem Tag durchaus dokumentiert. Auch kann sein Zustand am Karfreitag nicht als „normal“ bezeichnet werden. Die durch den Beklagten zu 3 erläuterten Aufzeichnungen in der Krankendokumentation zeigen einen erheblichen Anstieg der Symptomatik, was durch die doppelten nach oben gerichteten Pfeile charakterisiert wird. Danach gab es eine deutliche Progredienz der Zehenheberschwäche als auch eine drastische Zunahme der Beschwerden, insbesondere beim Hackengang. In dem Myelographie-Befund von diesem Tag ist eine zunehmende Parese beider Beine beschrieben von Zehenheber, Peronei, Tibialis anterior und Quadrizeps. 54

Diese Dokumentaion entspricht den Äußerungen des Klägers gegenüber den ihn nachbehandelnden Ärzten. So heißt es in dem Arztbrief der Neurochirurgischen Klinik der Y Krankenhäuser vom 06.10.1992, er [der Kläger] „gibt jedoch auch an, daß er morgens beim Aufstehen in beiden Beinen gelähmt gewesen sei“ (GA Bl. 46). Im Befundbericht der Versicherungsanstalt Westfalen (GA Bl. 51) heißt es entsprechend, „noch im Krankenhaus sei es zur Ausbildung von erheblichen Lähmungen und stärksten Schmerzen gekommen“. Daß dies den präoperativen Zustand kennzeichnet, zeigt der nächste Satz, wonach „Auch postoperativ ...er zunächst noch gelähmt gewesen“ sei. Angesichts dieser eigenen Angaben des Klägers vermag der Senat auch der Zeugin T3 nicht zu folgen, die wie ihr Mann zu einer deutlichen Bagatellisierung neigte, wenn sie versucht hat, einen unauffälligen Ablauf darzustellen. Letztlich heißt es auch in dem Bescheid der Kommission vom 07.09.1994, daß die stationäre Einweisung wegen heftigster Schmerzen erfolgte und sich innerhalb des nächsten Tages progrediente Schmerz- und Lähmungszustände an den unteren Extremitäten entwickelten (GA Bl. 107, 109).

55

Angesichts dieses dramatisch veränderten Krankheitsbildes war es sachgerecht, den Kläger im eigenen Haus mit den eigenen diagnostischen Hilfsmitteln zu untersuchen. Dazu stand nur die Myelographie zur Verfügung, die zur Abklärung keine Alternative hatte. Über ein Computertomogramm mußte die Beklagte zu 1 jedenfalls im Jahr 1992 als Haus der Grund- und Regelversorgung nicht verfügen. Dabei kann es dahin gestellt bleiben, ob in benachbarten Kliniken oder bei niedergelassenen Radiologen ein Computertomogramm am Karfreitag zur Verfügung stand. Es entspricht in diesen Notfällen gutem ärztlichen Standard, einen solchen Patienten weder dem durch einen Transport in eine auswärtige Praxis/Klinik Zeitverlust noch der mit dem Transport selbst verbundenen Gefährdung auszusetzen.

56

Dieser Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen entspricht die Bewertung der Myelographie durch die ärztlichen Mitglieder der Kommission. Kein Gutachter der Kommission hat die Durchführung der Myelographie kritisiert, der Zweitgutachter diese vielmehr als präoperativ notwendig bezeichnet (GA Bl. 109). Soweit der Privatgutachter Prof. Dr. T die Myelographie als kontraindiziert und nicht erforderlich bewertet hat, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Nicht nachvollziehbar ist bereits, warum angesichts des sich dramatisch verändernden Krankheitsbildes Zeit bis nach Ostern gewesen sein soll. Es entspricht allen Erfahrungen des Senats insbesondere aus neurochirurgischer Sicht, bei auftretenden neurologischen Ausfällen und auftretenden Paresen möglichst umgehend zu handeln und ggf. notfallmäßig zu operieren, keinesfalls aber zuzuwarten. Mit Hilfe der Myelographie konnte auch durchaus ein Informationsgewinn erzielt werden, wie der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. M überzeugend erläutert hat (vgl. GA Bl. 358, 359).

57

2.

58

Die Myelographie wurde sachgerecht durchgeführt; ein fehlerhaftes ärztliches Handeln ist nicht feststellbar. Dabei steht nicht fest, daß der Beklagte zu 2 in einer falschen Höhe oder sonst fehlerhaft punktiert hat. Ausweislich des Myelographie-Befundes vom 22.04.1992 wurde zunächst versucht, in Höhe L2/L3 vorzugehen, was nicht gelang. Daraufhin erfolgte die Lumbalpunktion in Höhe von L1/L2. Letztere Höhe ist nach den Ausführungen des Sachverständigen objektiv durch die gefertigten Bilder belegt und dokumentiert. Demgegenüber bleiben die Erklärungsversuche des Privatgutachters, der Beklagte zu 2 habe sich wegen der anatomischen Besonderheiten praktisch verzählt, letztlich Spekulation. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. M gibt es keine Hinweise dafür, daß etwa die Myelographie in Höhe von LWK 3/ 4 versucht wurde.

59

60

Vor der Myelographie war eine Lokalanästhesie nicht erforderlich. Dieses Versäumnis hat der Privatgutachter als einen gravierenden Behandlungsfehler gewertet (GA Bl. 481). Demgegenüber hält der gerichtliche Sachverständige – selbst lange Zeit Direktor einer Neurochirurgischen Universitätsklinik – eine solche Anästhesie zur sachgerechten Durchführung der Myelographie nicht einmal für erforderlich. Das entspricht offenbar noch heute dem Stand der Dinge, denn der Sachverständige hat ausdrücklich hervorgerufen, sich speziell hierüber noch einmal informiert zu haben. Der Senat sieht keinen Ansatz für den Vorwurf eines Unterlassens, wenn zur damaligen Zeit nicht einmal in einem Haus der Maximalversorgung Myelographien mit lokaler Anästhesie durchgeführt wurden.

Aus den beschriebenen Schmerzen und dem Kreislaufkollaps des Klägers kann nicht auf ein unsachgemäßes Vorgehen geschlossen werden. Daß ein Kreislaufkollaps schon beim Vorschieben der Nadel eintreten kann, hat der Sachverständige Prof. Dr. M bestätigt. Die beschriebenen Beschwerden werden von dem Sachverständigen einerseits und dem Privatgutachter andererseits völlig unterschiedlich eingeschätzt. Die Ausführungen des Privatgutachters beruhen letztlich jedoch darauf, daß der Einstich in einer falschen Höhe erfolgte, was nicht zu verifizieren ist, worauf bereits hingewiesen wurde. Auch der Erstgutachter der Kommission vermutet lediglich, daß das Segment in Höhe des Massenprolaps punktiert wurde (GA Bl. 107). Selbst für diesen Fall sieht dieser Gutachter hierin keinen Behandlungsfehler und hat das Vorgehen als sachgemäß gewertet.

3. 62

Die Durchführung der Nukleotomie ist nicht zu beanstanden. Die Höhe L 4/5 brauchte operativ nicht angegangen zu werden; hierzu bestand keine Indikation. 63

Soweit die Höhe LWK 3/4 operiert wurde, sind Fehler nicht erkennbar. Solche sieht offenbar auch der Privatgutachter nicht. In Höhe L 4/5 gab es keinen Hinweis auf eine wesentliche neurologische Symptomatik (GA Bl. 380). Demgegenüber gab es einen operationswürdigen Bandscheibenmassenprolaps in Höhe L3/4. Ein spontaner Bandscheibenmassenprolaps in zwei Höhen kommt nicht vor. Die geringe knöcherne Einengung des Wurzelkanals L 4 beidseits in Höhe von LWK 4/5 war für die klinische Symptomatik unbedeutend (GA Bl. 339, 365). Soweit auch diesbezüglich der Privatgutachter eine andere Auffassung hat, vermag ihm der Senat wiederum nicht zu folgen. So sehen offenbar wie der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. M auch die Gutachter der Kommission die Operation als sachgerecht durchgeführt an, sehen also kein Versäumnis darin, die andere Höhe nicht operativ angegangen zu sein. Ganz im Gegenteil hat der Erstgutachter das Vorgehen als überaus sorgfältig und hervorragend bezeichnet (GA Bl. 108). Ebenso teilen die Auffassung des gerichtlichen Sachverständigen die Neurochirurgen des K-Krankenhauses in Siegen. Obwohl eher eine Progredienz nach den vorliegenden Krankendokumentationen zu verzeichnen ist, haben auch diese Ärzte keine Notwendigkeit für einen (weiteren) Eingriff gesehen. Es hätte nichts näher gelegen, als den Kläger auch im Bereich LWK 4/5 nachzuoperieren, wenn man dafür eine Notwendigkeit gesehen hätte. Den Ärzten lag zum damaligen Zeitpunkt bereits die Ct-Befundung vom 29.09.1992 vor, nach der eine extraforaminale Spondylophytenbildung im Segment L 4/5 mit kräftiger lateraler und nach intra-foraminal reichender Begleitprotrusion festgestellt wurde. Dennoch wird ausweislich des Arztbriefes vom 06.10.1992 nur ein abgestuftes Vorgehen mit Wiedervorstellung zur Beratung, nicht jedoch eine operative Intervention vorgeschlagen. Daß im Bereich L 4/5 nicht operiert worden war, war den Ärzten offenbar bekannt, wenn es in dem Arztbericht heißt „Zustand nach Nukleotomie L 3/4 re. bei Massenprolaps im April 1992 (Krh B)“.

4. 65

Weitere Aspekte, aus denen ein Behandlungsfehler folgen könnte, hat der Kläger in der Berufungsinstanz über die allgemeine Bezugnahme hinaus nicht mehr konkret behauptet. Solche sind auch nicht feststellbar. Der Sachverständige hat sich in seinem schriftlichen Gutachten insbesondere auch zu der postoperativen Phase überzeugend geäußert (zusammenfassend Bl. 380 f.). Im Senatstermin hat der Sachverständige noch einmal klargestellt, daß auch bei nochmaliger zusammenfassender Betrachtung kein unsachgemäßes Vorgehen festzustellen ist. 66

5. 67

Die Beklagten haften auch nicht wegen eines Aufklärungsversäumnisses. 68

Der Senat ist davon überzeugt, daß der Kläger vor der Durchführung der Myelographie sachgerecht aufgeklärt wurde. Der Kläger hat im engen zeitlichen Zusammenhang den Aufklärungsbogen unterschrieben, was sich angesichts der Notsituation von allein versteht. Dabei geht der Senat nicht davon aus, daß die Aufklärung und Unterschrift nach der Durchführung der Myelographie erfolgte. Der Beklagte zu 3 konnte sich nachvollziehbar an Einzelheiten des Aufklärungsgesprächs nicht mehr erinnern, hat jedoch ausgeschlossen, daß die Unterschrift nach der Myelographie erfolgte. Von einer Unterschriftsleistung und damit Aufklärung vor der Myelographie ging der Klägerin erster Instanz selbst aus. So heißt es in der Klageschrift: „Man ließ den Kläger das Merkblatt zum Aufklärungsgespräch...unterschreiben....Der Beklagte zu 2 schrift dann zur Ausführung der Myelographie“ (Bl. 7,8). Gem. Bescheid der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe konnte sich der Kläger an den Vorgang nicht mehr erinnern: „in welchem Umfange eine Aufklärung erfolgt sei, könne er nicht sagen, da alles so schnell gegangen sei“ (GA Bl. 104). Die Aussage der Zeugin T3 war zur Aufklärung unergiebig. Sie verblieb im Krankenzimmer. 69

Ausweislich des bei der Aufklärung verwendeten Aufklärungsbogens wurde der Kläger über die typischen Risiken bis hin zur möglichen Lähmung aufgeklärt. Ob zu den typischen Komplikationen auch die Meningitis zählt, kann offen bleiben, weil sich dieses Risiko jedenfalls nicht verwirklicht hat. 70

Ebenso wurde der Kläger ausweislich des vorliegenden Merkblattes auch über die Operation an der Lendenwirbelsäule aufgeklärt. 71

Nur ergänzend weist der Senat darauf hin, daß selbst bei einem Aufklärungsdefizit jedenfalls kein Entscheidungskonflikt plausibel gemacht wurde. Es ist absolut unglaublich, daß der Kläger, der sich ja zur stationären Behandlung trotz der offenbar bestehenden familiären Erfahrungen in das Haus der Beklagten zu 1 begeben hatte und durchaus mit einem Eingriff rechnen mußte, angesichts der bei einem unbehandelten weiteren Verlauf bestehenden Gefahren bis hin zur Querschnittsproblematik sich der Myelographie und der Operation widersetzt hätte und sich von seiner Frau – nicht einmal von einem Krankenwagen, obwohl liegend eingeliefert – in ein anderes Haus hätte fahren lassen. 72

6. 73

Die Ausführungen im Schriftsatz vom 08.01.2002 geben zu einer anderen Beurteilung keinen Anlaß. 74

7. 75

76

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 11, 711 ZPO.

8. 77

Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als € 30.677,51 (DM 60.000,-). 78

9. 79

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die gesetzlichen Voraussetzungen nicht vorliegen. 80