
Datum: 02.11.2005
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 49/05
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2005:1102.3U49.05.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 11 O 1104/02

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 13.01.2005 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

Der am 28.12.1958 geborene Kläger verlangt in der Berufungsinstanz noch von den Beklagten zu 1) und 2) Schadensersatz wegen der Folgen einer operativen Entfernung eines Bandscheibenvorfalls mit gleichzeitiger Spondylodese und Laminektomie vom 03.11.1995.

1

2

3

Wegen der Einzelheiten des Sachverhaltes wird zunächst gemäß § 540 ZPO auf den Tatbestand des erstinstanzlichen Urteils verwiesen. 4

Das Landgericht hat die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass der Kläger über die Operation und ihre Risiken wie über Behandlungsalternativen ausreichend aufgeklärt worden sei. Die Operation sei im vollen Umfang indiziert gewesen; Fehler bei der Operationsausführung und der Nachbehandlung seien nicht feststellbar. 5

Mit der Berufung rügt der Kläger angebliche Unzulänglichkeiten in der Begutachtung des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. T. So sei die Frage einer konservativen Therapiealternative – insbesondere einer Absatzerhöhung im Schuh – nicht ausreichend geklärt worden. Insofern wiederholt der Kläger neben der Indikations- auch die Aufklärungsrüge und sieht in dem entsprechenden Versäumnis des Beklagten zu 2) einen groben Behandlungsfehler. Er behauptet, dass die Beklagten zudem gegen Befundsicherungspflichten verstoßen hätten, da die präoperativen Röntgenaufnahmen nicht vorgelegen hätten. Diese Aufnahmen ergäben nicht die Indikation zu einer lumbalen Fusionsoperation, da beim Kläger allenfalls eine diskrete Lystesis im lumbosakralen Übergang ohne jede Verschiebung oder Instabilität im Segment L 5/S 1 vorgelegen habe. Auch sei die vom Beklagten angegebene intraspinale, tumorartige, epidurale Raumforderung präsakral nicht nachvollziehbar, vielmehr hätten lediglich epidural liegendes sequestriertes Bandscheibengewebe bzw. intraspinal eine vorgetäuschte Bandscheibenvorwölbung vorgelegen. Der präoperative Befund sei nicht ausreichend gesichert gewesen und die Durchführung einer Röntgennativschrägaufnahme versäumt worden, welche mit Wahrscheinlichkeit die fehlende Indikation für den durchgeführten Eingriff ergeben hätte. Auch der Zusammenhang zwischen seiner Beinlängendifferenz und dem Defekt am Wirbelbogen sei nicht erkannt worden. Insofern habe nach seiner Ansicht der Sachverständige Prof. Dr. T versäumt, sich mit den Ausführungen des Nachbehandlers Prof. Dr. y in seinem Arztbrief vom 14.04.1997 wie mit den Ausführungen der von ihm eingeschalteten Privatsachverständigen PD Dr. J und Dr. U auseinander zu setzen. PD Dr. J sei als Chirurg zur Beurteilung der Fragestellungen ausreichend qualifiziert. Daher sei nicht ausreichend der von PD Dr. J erhobene Vorwurf ausgeräumt worden, dass der alleinige dorsale Zugang zum Operationsgebiet weitgehend durch ein kombiniertes dorso-ventrales Verfahren abgelöst worden sei. Bei dem gebotenen Zugang wäre die Entfernung des Wirbelbogens und weiteren Gewebes nicht erforderlich gewesen. Auch sei die gewählte Versteifungsmethode fehlerhaft gewesen. Ferner seien die operativ eingebrachten Titankörbchen nicht ausreichend mit Spongiosa gefüttert gewesen. Im Zusammenhang mit der postoperativen Krankengymnastik sei es daher nicht zu einer knöchernen Durchwachsung gekommen und habe es auch nicht kommen können. Schließlich sei die postoperative Betreuung grob fehlerhaft gewesen. Der Beklagte zu 2) habe ihm – dem Kläger – den intraoperativen Einriss der Dura verschwiegen und versäumt, die deshalb gebotene Bettruhe und Schonung anzuordnen. Hierdurch sei es zum Aufreißen der Verklebung der Dura mit der Ausbildung einer Liquorfistel gekommen. Die Mobilisierung sei zu früh erfolgt. Die Kontrolle der Blutsenkungsgeschwindigkeit sei unzureichend gewesen. Ebenso sei eine Abschlussuntersuchung versäumt worden. Die Verlegung in die Reha-Klinik habe nicht erfolgen dürfen. Schließlich sei anlässlich der ambulanten Untersuchung vor der Operation nicht über die Operationsrisiken gesprochen worden. 6

Der Kläger beantragt, 7

das am 13.01.2005 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster abzuändern und 8

1.	9
die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an ihn	10
a.	11
ein angemessenes Schmerzensgeld, mindestens jedoch 76.693,78 Euro, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz – mindestens jedoch 8 % Zinsen – seit dem 16.08.1998,	12
b.	13
weitere 245.459,80 Euro, mindestens verzinslich mit 8 % Zinsen aus 147.075,15 Euro seit dem 01.10.1998 und aus 98.384,65 Euro seit dem 20.12.2002,	14
c.	15
ab dem 01.11.2002 eine monatliche Rente in Höhe von 1.692,83 Euro, jeweils im voraus zu 01.01., 01.04., 01.07. und 01.10. eines jeden Jahres bis zum 28.12.2023 zu zahlen, rückständige Beträge zu verzinsen mit Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz, jedoch mindestens 8 % Zinsen, ab Fälligkeit,	16
d.	17
ab dem 01.11.2002 eine weitere monatliche Rente in Höhe von 475,50 Euro, jeweils im Voraus zum 01.01., 01.04., 01.07. und 01.10. eines jeden Jahres bis zum 28.12.2033 zu zahlen, rückständige Beträge zu verzinsen mit Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz, mindestens jedoch 8 % Zinsen ab Fälligkeit,	18
2.	19
festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, als Gesamtschuldner ihm sämtliche künftigen immateriellen sowie alle weiteren vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die ihm aus der Behandlung ab dem 30.11.1995 entstanden sind, bzw. entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden.	20
Die Beklagten zu 1) und 2) beantragen,	21
die Berufung zurückzuweisen.	22
Sie wiederholen ihren erstinstanzlichen Sachvortrag und verteidigen das angefochtene Urteil. Sie behaupten, dass der Kläger bereits in den Jahren vor der Operation umfassend konservativ therapiert worden sei, weshalb die Operationsindikation bestanden habe. Auch im Übrigen sei die Behandlung fehlerfrei gewesen. Eine Liquorfistel sei postoperativ nicht aufgetreten. Die Aufklärung sei sachgerecht erfolgt. Selbst im Falle eines Aufklärungsmangels hätte sich der Kläger gleichwohl in jedem Falle zur Operation durch den Beklagten zu 2) entschlossen. Der vom Kläger vorgetragene Zustand wäre zudem auch eingetreten, wenn er eine eingeschränkte Operation im Sinne einer Dekompression gewählt hätte. Sein jetziges internistisches Krankheitsbild stehe in keinem kausalen Zusammenhang mit dem streitgegenständlichen Eingriff.	23

Der Senat hat die Parteien angehört und Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. T. Wegen der Ergebnisse der Parteienanhörung und der Beweisaufnahme wird auf den Berichterstatteervermerk zum Senatstermin vom 2. November 2005, wegen der Einzelheiten des Parteivortrages im Berufungsverfahren auf die in der Berufung gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

II.

26

Die zulässige Berufung des Klägers bleibt erfolglos. Auch nach dem Ergebnis der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme kann nicht festgestellt werden, dass dem Kläger Schadensersatzansprüche gegen die Beklagten zu 1) und 2) gemäß §§ 823, 831, 847 BGB (a. F.), hinsichtlich der materiellen Schäden gegenüber der Beklagten zu 1) auch aufgrund einer pVV des Krankenhausaufnahmevertrages, zustehen. Dem Kläger ist der Nachweis eines Behandlungsfehlers im Zusammenhang mit der Wirbelsäulenoperation vom 03.11.1995 nicht gelungen (dazu 1.). Die Beklagten zu 1) und 2) haften ferner nicht wegen eines Aufklärungsversäumnisses (dazu 2.).

27

Bei seiner Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T. Als Direktor der Klinik und Poliklinik der Neurochirurgie des Universitätsklinikums F besitzt der Sachverständige sowohl ein fundiertes theoretisches Wissen als auch eine umfassende praktische Erfahrung. Seine Ausführungen beruhen auf einer gründlichen Aufarbeitung der vorhandenen Krankenunterlagen und des Bild gebenden Materials. Der Sachverständige war zudem in der Lage, sämtliche maßgeblichen Fragen des Falls zu beantworten, insbesondere auch die Frage, welche Schlüsse neurochirurgischerseits aus den postoperativ bestimmten Blutwerten zu ziehen waren. Der Einholung eines internistischen Zusatzgutachtens bedurfte es daher nicht.

28

Die Überzeugungskraft der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T wird durch die vom Kläger vorgelegten Privatgutachten der PD Dr. J und Dr. U nicht erschüttert. Hinsichtlich des Gutachters PD Dr. J als Chirurg und Onkologen ist bereits eine dem Sachverständigen Prof. Dr. T vergleichbare Qualifikation zur Beurteilung der maßgeblichen Fragen nicht erkennbar, selbst wenn – wie Dr. U schreibt – PD Dr. J einmal als Assistenzarzt in der Würzburger Neurochirurgie gearbeitet haben sollte. Die Ausführungen PD Dr. J erscheinen zudem tendenziös und beruhen auf einer unzureichenden Aufarbeitung der tatsächlichen Grundlagen. So verhalten sich seine Ausführungen zur Entwicklung einer Spondylolisthesis allein zur anlagebedingten Form, nicht aber zu der beim Kläger vorliegenden degenerativ bedingten Erkrankung.

29

Das weiterhin vorgelegte Privatgutachten des Dr. u ist ersichtlich in jeder Hinsicht unbrauchbar. Dem Gutachter konnte schon deshalb kein Vertrauen entgegengebracht werden, da er nach unwidersprochen gebliebener Aussage des Sachverständigen Prof. Dr. T bereits durch die deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie wegen Erstellung mangelhafter Gutachten abgemahnt wurde. Auch im vorliegenden Fall lassen seine Ausführungen sowohl die gebotene Objektivität als auch jede Überzeugungskraft vermissen. Dr. u hat bereits das präoperative Beschwerdebild des Klägers nicht erfasst. Soweit er in den präoperativen Röntgenbildern und CT-Aufnahmen nur eine kleine Bandscheibenprotrusion und eine "vorgetäuschte Bandscheibenvorwölbung" erkennt, widerspricht dies nicht nur der Beurteilung von Prof. Dr. T, sondern auch der Einschätzung der Radiologin Dr. U wie aller weiteren mit der Sache befassten Ärzte einschließlich des Privatgutachters PD Dr. J. Zudem geht Dr. u einer diskreten präoperativen Klinik des Klägers mit zwischenzeitlicher relativer Beschwerdearmut aus. Dies steht im Widerspruch zu der – angesichts der vorgefundenen Befunde plausiblen – eigenen Einlassung des Klägers, dass er vor der Operation vom

30

03.11.1995 stärkste Schmerzen verspürt habe.

1.	31
Dem Beklagten zu 2) sind keine Behandlungsfehler nachzuweisen.	32
a.	33
Die Operation am 03.11.1995 war sowohl hinsichtlich der Beseitigung des Bandscheibenvorfalles als auch hinsichtlich der Spondylodese zwar nicht absolut, jedoch relativ indiziert.	34
Der Sachverständige Prof. Dr. T hat insofern überzeugend dargestellt, dass in der präoperativen Bildgebung eine deutliche Protrusion bzw. ein perforierter Bandscheibenvorfall mit Kompression der abgehenden S 1-Wurzel erkennbar ist. Ebenso ist im MRT vom 24.10.1995 auch eine – wenn auch geringe – Spondylolisthesis erkennbar. Diese Befunde haben sich intraoperativ ausweislich des sorgfältig abgefassten Operationsbericht, der zu Zweifeln an seiner Richtigkeit keinen Anlass gibt, bestätigt. Zudem litt der Kläger sei Jahren an Beschwerden, die vor der Operation zugenommen hatten und ihm zuletzt größte Schmerzen bereiteten. Auch wenn unter diesen Umständen die Durchführung einer konservativen Therapie bei Hinnahme des Risikos des Misserfolgs grundsätzlich möglich gewesen wäre, lag darin nicht eine vorzugswürdige Behandlungsmethode. Die Durchführung der Spondylodese rechtfertigte sich ungeachtet einer relativ geringen Ausprägung mit einem Grad von $\frac{3}{4}$ bis 1 aufgrund der Gefahr eines Fortschreitens dieser degenerativen Erkrankung, was für den Kläger die Gefahr eines erneuten Eingriffs begründet hätte.	35
Dieser Einschätzung stehen die Ausführungen von Prof. Dr. y in seinem Arztbrief vom 14.04.1997 nicht entgegen. Vielmehr hat Prof. Dr. y der Indikation für den vorangegangenen Eingriff keine Stellung genommen. Dazu bestand für ihn auch kein Anlass; zudem ist nicht erkennbar, dass er für die Beurteilung dieser Frage ausreichende Erkenntnisquellen zur Verfügung hatte. Vielmehr beschreibt er den Zustand des Klägers im Zeitpunkt der Vorstellung bei ihm.	36
Ohne Erfolg macht der Kläger ferner geltend, dass der Beklagte zu 2) versäumt habe, den präoperativen Befund durch weitere Diagnostik zu sichern. Der Sachverständige hat überzeugend dargelegt, dass von einer weiteren Diagnostik keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten gewesen wären und sich der erhobene Befund intraoperativ bestätigte. Damit hätte auch die vom Kläger vermisste, ohnehin nicht zwingend gebotene Röntgenschrägaufnahme lediglich eine Bestätigung der erhobenen Befunde ergeben.	37
Das Bestehen der Operationsindikation ist schließlich auch nicht aufgrund eines beim Kläger vorliegenden Beckenschiefstandes in Zweifel zu ziehen. Selbst wenn zu unterstellen wäre, dass der Schiefstand beim Kläger größer als $1\frac{1}{2}$ cm und daher krankhaft war, war Ursache der präoperativen Beschwerden des Klägers nicht eine Fehlstellung des Beckens, sondern der erhebliche Bandscheibenvorfall, der die Nervenwurzel einengte. Eine Behandlung allein des Beckenschiefstandes war nicht ausreichend.	38
b.	39
Die Operation wurde nicht fehlerhaft ausgeführt.	40
Anhaltspunkte für eine falsche Lagerung des Klägers auf dem Operationstisch sind nicht erkennbar.	41

Der gewählte alleinige dorsale Zugang zum Operationsgebiet war zulässig. Bei diesem Zugang handelt es sich um einen gebräuchlichen Zugang, der anderen in Betracht kommenden Zugängen, wie insbesondere dem vom Kläger favorisierten kombinierten dorso-ventralen Zugang jedenfalls gleichwertig ist. Allein der Umstand, dass es beim dorsalen Zugang schwieriger ist, an die vorderen Wirbelsäulenabschnitte zu kommen, begründet nicht die Fehlerhaftigkeit des operativen Vorgehens. Vielmehr hat der Sachverständige überzeugend dargelegt, dass sich bei einem alleinigen ventralen oder kombinierten dorso-ventralen Vorgehen die Operationsrisiken für den Kläger in anderer Hinsicht erhöht hätten, so insbesondere die Gefahr von Ejakulations- oder Erektionsstörungen bestanden hätte. Ebenso ist nicht zu beanstanden, dass der Beklagte zu 2) zum Einbringen der Titankörbchen ein relativ großes Fenster geschaffen und den Wirbelbogen entfernt hat. Zwar wäre dies bei einem Vorgehen von ventral nicht in gleicher Weise erforderlich gewesen. Dieser Vorteil wird jedoch durch die zusätzlichen Risiken des weiteren Zugangs mindestens aufgewogen.	42
Es lässt sich ferner nicht feststellen, dass der Beklagte zu 2) zu wenig Spongiosa in die eingesetzten Titankörbchen eingebracht hätte. Der Beklagte zu 2) hat anschaulich geschildert, dass er üblicherweise die Titankörbchen vor dem Einsetzen derart mit Spongiosa füllt, dass diese seitlich fast wieder herausquillt. Der Sachverständige sah nachvollziehbar keinen Anlass, an dieser Darstellung des Beklagten zu 2) zu zweifeln. Soweit Prof. Dr. y in seinem Arztbrief vom 14.04.1997 ausgeführt hat, dass innerhalb der Körbe auf dem von ihm gefertigten Röntgenbildern keine Spongiosastruktur zu erkennen sei, hat Prof. Dr. T plausibel dargelegt, dass sich das Knochenmaterial zwischenzeitlich auflösen konnte. Das Nichteintreten einer knöchernen Durchbauung lässt ebenfalls keinen Rückschluss auf ein fehlerhaftes Vorgehen zu.	43
Die Fusion der Wirbelkörper war ausreichend. Zwar wäre eine weitere Sicherung möglich gewesen, jedoch genügte bereits die vom Beklagten zu 2) durchgeführte Fusion dem guten fachärztlichen Standard.	44
Schließlich ist die Operation auch nicht deshalb fehlerhaft durchgeführt worden, weil es intraoperativ zu einem Duraleck gekommen ist, welches der Beklagte zu 2) sodann wieder verschlossen hat. Wie Prof. Dr. T bereits in erster Instanz ausgeführt hat, handelt es sich hierbei um eine nicht immer vermeidbare schicksalhafte Komplikation der Operation. Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Versorgung des Lecks bestehen auch in Anbetracht der Tatsache, dass der Kläger nach der Operation unter starken Kopfschmerzen litt, nicht.	45
c.	46
Die postoperative Behandlung des Klägers war ebenfalls nicht fehlerhaft.	47
Der Kläger wurde nicht zu früh mobilisiert. Weder die Operation an sich noch das während der Operation aufgetretene und wieder verschlossene Duraleck gaben Anlass, von einer frühzeitigen Mobilisation abzusehen.	48
Es kann auch nicht festgestellt werden, dass beim Kläger ein Entzündungsprozess, insbesondere eine Meningitis, aufgetreten ist, die nicht in gebotener Weise erkannt und behandelt wurde. Die Kontrolle der Blutwerte am 03., 06. und 07.11.1995 ergab zwar erhöhte Blutsenkungswerte, die jedoch auch ohne Vorhandensein einer Entzündung schicksalhaft auftreten konnten und keinen Anlass zu weitergehender Diagnostik gaben, da der Kläger keine weiteren hierauf deutenden klinischen Zeichen wie etwa Eiterung oder Überwärmung aufwies. So war die Operationswunde bei jeder Kontrolle reizlos. Die bei dem Kläger aufgetretenen Kopfschmerzen sind nicht zwingend auf eine Entzündung zurückzuführen,	49

sondern durch den Fluss von Liquor mit dem damit verbundenen Unterdrucksyndrom zu erklären. Auch die nach Verlegung des Klägers in die Marcus-Klinik gemessene stark erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit lässt keinen Rückschluss auf Versäumnisse während der postoperativen Behandlung bei den Beklagten zu, da der gemessene Wert auch kurzfristig aufgetreten sein kann.	
Auch im Übrigen war die postoperative Überwachung ausreichend. Weder wurden zwingend gebotene weitere Blutkontrollen unterlassen, noch hätte die Abschlussuntersuchung umfassender durchgeführt werden müssen.	50
Lässt sich daher nicht feststellen, dass der Heilungsverlauf beim Kläger ungewöhnlich war und Anzeichen für eine Entzündung oder sonstige Komplikationen bot, so war auch die Überstellung am 15.11.1995 in die Anschlussheilbehandlung in der N-Klinik nicht verfrüht.	51
2.	52
Auch die Aufklärungsrüge des Klägers bleibt erfolglos.	53
a.	54
Dem Kläger wurden Art und Schwere des Eingriffs sowie Schwere und Richtung des in Betracht kommenden Risikospektrums derart dargestellt, dass er sich ein allgemeines Bild davon machen konnte.	55
Der Senat stützt seine Überzeugung auf die Darstellung des Beklagten zu 2) bei seiner Anhörung. Dieser hat sein Vorgehen bei den Gesprächen mit dem Kläger vor der Operation präzise und nachvollziehbar beschrieben. Demnach hat er mit dem Kläger die vorliegenden Befunde wie das geplante operative Vorgehen besprochen. Zu diesem Zwecke wurde eine Zeichnung gefertigt, welche sich bei den Krankenunterlagen befindet und die Darstellung des Beklagten zu 2) unterstützt. Gegenstand der Erläuterungen war auch die Wirbelfusion, wobei dem Beklagten zu 2) auch abgenommen werden kann, dass er diese noch unter den Vorbehalt stellte, dass die endgültige Entscheidung zu dieser Maßnahme noch von dem intraoperativen Befund abhängen sollte.	56
Ebenso glaubhaft hat der Beklagte zu 2) ausgeführt, dass er dem Kläger auch die maßgeblichen Risiken der Operation genannt hat und dabei auch darauf hingewiesen hat, dass es nicht immer zu der angestrebten knöchernen Fusion kommt und die Erfolgsquote insoweit nur bei 60 bis 70 % liegt.	57
Die Richtigkeit der Darstellung des Beklagten zu 2) wird durch die von dem Kläger unter dem 02.11.1995 unterzeichnete Einverständniserklärung gestützt. Diese enthält neben einer umfassenden Aufzählung der Operationsrisiken auch den Hinweis, dass ein bestimmter Heilungserfolg nicht garantiert oder mit Sicherheit vorausgesagt werden kann.	58
Die Überzeugung des Senats von der Glaubhaftigkeit der Darstellung des Beklagten zu 2) besteht im Übrigen unabhängig von seinen Eintragungen in der nunmehr aufgefundenen und vorgelegten Ambulanzkarte. Auf die Frage, ob die Vorlage verspätet ist, kommt es daher nicht an.	59
Demgegenüber ist die Darstellung des Klägers, dass der Beklagte zu 2) von Operationsrisiken nicht gesprochen habe, sondern lediglich zugesagt habe, dass er nach sechs Monaten wieder am Schreibtisch sitzen würde, und er das Einwilligungsf formular nach dem Hinweis unterschrieben habe, dass es sich lediglich um eine Formalität handele, nicht	60

überzeugend. Seine Schilderung ist schon nicht konstant, da er in der Verhandlung vor dem Landgericht von einer Bagatellisierung der möglichen Risiken sprach, die in diesem Fall jedoch erwähnt worden sein mussten. Vor allem erscheint seine Darstellung nicht plausibel, zumal der Kläger, der bereits seit Jahren trotz immer wieder auftretender Beschwerden eine Operation vermieden hatte und noch bei einem befreundeten Arzt weiteren Rat suchte, sich zweifellos darüber im Klaren war, dass es sich nicht um einen risikolosen Eingriff handeln würde. Vielmehr ist der Senat davon überzeugt, dass der Kläger den Erläuterungen des Beklagten zu 2) hinsichtlich der Operationsrisiken keine weitere Beachtung schenkte, weil er sich bei dem Beklagten zu 2) in guten Händen wähnte und die Notwendigkeit der Operation bereits aufgrund der Gespräche mit seinem Freund akzeptiert hatte. Dass es gleichwohl zu einem ungünstigen weiteren Verlauf seiner Erkrankung kommen würde, konnte er im damaligen Zeitpunkt nicht absehen. Gleiches gilt für die Aussage der erstinstanzlich vernommenen Zeugin G, die ein eigenes Interesse an den Ausführungen des Beklagten zu 2) nur insoweit hatte, als sie sich Informationen zur Behandlung ihres eigenen Rückenleids erhoffte. Der Senat hat im Übrigen keinen Zweifel daran, dass diese Zeugin nicht das gesamte Gespräch des Klägers mit dem Beklagten zu 2) verfolgen konnte, da wesentliche Teile bereits zuvor im Behandlungszimmer des Beklagten zu 2) in Abwesenheit der Zeugin erfolgten.

Schließlich war die Operationsbeschreibung entgegen der Einschätzung von Dr. I nicht schon deshalb defizitär, falls der Kläger nicht über die Dauer der Operation, den Umstand, dass Teile der Operation durch den Oberarzt erfolgen würden sowie über die während der Operation durchgeführte Resektion der Gelenkkapsel, die weitere Koagulation und Straffung der Gelenkkapsel in Höhe L 4/5 mit zeitgleicher Facetten-Denervierung aufgeklärt wurde. Alle genannten Umstände sind nicht speziell aufklärungspflichtig, da eine Aufklärung über den Eingriff im Großen und Ganzen ausreichend ist. 61

b. 62

Der Kläger ist auch über die Möglichkeit weiterer konservativer Behandlung aufgeklärt worden. Auch insofern folgt der Senat aus den geschilderten Gründen der Darstellung des Beklagten zu 2). Auf die Frage, ob angesichts der Stärke der Beschwerden und der Erfolglosigkeit der bisherigen konservativen Behandlung überhaupt noch von einer Gleichwertigkeit dieser Behandlungsmethode gegenüber der Operation gesprochen werden kann, kommt es daher schon nicht an. 63

Keine Aufklärung bedurfte der Kläger hingegen über die alternativen Zugangswege zum Operationsgebiet, da es sich, wie oben ausgeführt wurde, bei dem gewählten dorsalen Zugangsweg um eine geeignete und gebräuchliche Vorgehensweise handelte. Grundsätzlich ist die Wahl der Operationsmethode Sache des Arztes. Er muss sich für die ihm vertraute Methode entscheiden können. Auch der Patient wäre regelmäßig überfordert, würde der Arzt von ihm eine Entscheidung für eine bestimmte Operationsmethode verlangen. In der Regel erwartet der Patient als medizinischer Laie keine Unterrichtung über spezielle medizinischen Fragen hinsichtlich der bestehenden Operationsverfahren, solange die vorgesehene Methode – wie im vorliegenden Fall – dem medizinischen Standard entspricht. 64

c. 65

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass aber auch bei einem – unterstellten – Aufklärungsdefizit keine Haftung der Beklagten bestünde, weil der Kläger zur Überzeugung des Senats auch bei einer weitergehenden Aufklärung in den Eingriff eingewilligt hätte. Einen Entscheidungskonflikt vermochte er bei seiner Befragung nicht plausibel darzulegen. Seine 66

Äußerung, dass er sich die Operation noch einmal überlegt und sich an einen anderen Arzt gewandt hätte, wenn man ihm in der aus seiner Sicht gebotenen Weise die Risiken des Eingriffs dargestellt hätte, ist nicht glaubhaft. Der Kläger litt vor der Operation an größten Schmerzen und hatte sich bereits vor dem ersten Kontakt zum Beklagten zu 2) mit seinem ärztlichen Freund besprochen. Aufgrund dessen Empfehlung besaß er großes Vertrauen in den Beklagten zu 2). Seine Entscheidung zu der vorgeschlagenen Operation beruhte maßgeblich auf den Gesprächen mit seinem Freund, ohne dass es noch auf Details der Operationsaufklärung durch den Beklagten zu 2) noch ankommen konnte. Seine jetzige Angabe, wonach er die Operation eventuell nicht hätte machen lassen, beruht ersichtlich auf einer ex-post-Betrachtung und vermag keine aus Sicht ex ante relevante Konfliktfrage zu begründen.

3. 67

Dem Kläger war auf seinen Antrag hin keine Schriftsatzfrist – auch nicht zur Frage der Blutwerte in der Reha-Klinik - mehr zu gewähren. Durch die Anhörung des Sachverständigen vor dem Senat haben sich keine neuen Gesichtspunkte oder eine neue oder ausführlichere Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes ergeben. Die maßgeblichen Fragen sind vielmehr schon in der Beweisaufnahme vor dem Landgericht, in den vom Kläger beigebrachten Privatgutachten und in den Schriftsätzen der Parteien im Berufungsverfahren angesprochen worden.

4. 69

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO; die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergeht gemäß §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 70

Die Zulassung der Revision gemäß § 543 ZPO war nicht geboten. Die Entscheidung des Senats betrifft einen Einzelfall, der keine grundsätzliche Bedeutung besitzt. Von Entscheidungen anderer Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofs ist der Senat nicht abgewichen. 71

Die Entscheidung beschwert den Kläger mit mehr als 20.000,-- Euro. 72