
Datum: 23.11.2009
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 41/09
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2009:1123.3U41.09.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 1 O 158/05

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird das am 07.01.2009 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen abgeändert.

Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an den Kläger 100.000,- € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.10.2005 zu zahlen.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtlichen aus der Behandlung vom 23.01.2004 entstandenen materiellen und zukünftigen immateriellen Schaden zu ersetzen, soweit Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen die Beklagten.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Den Beklagten wird gestattet, die Vollstreckung des Klägers durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht der Kläger vor der Vollstreckung in dieser Höhe Sicherheit leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

- I. 2
- Der am #####1959 geborene Kläger - vormals als niedergelassener Urologe tätig - nimmt die 3
Beklagten wegen der gesundheitlichen Folgen einer am 23.01.2004 durchgeführten
perkutanen transluminalen koronaren Angioplastie (PTCA) seiner rechten Herzkranzarterie
(RCA) haftungsrechtlich in Anspruch. Der Eingriff wurde nach unmittelbar vorausgegangener
Koronarangiographie durch den Beklagten zu 2. - Chefarzt der Kardiologie im Krankenhaus
der Beklagten zu 1. - durchgeführt, wo der Kläger am Nachmittag desselben Tages als
Privatpatient zur stationären Aufnahme gelangt war. Während der PTCA, die der Beklagte zu
2. wegen des in der Koronarangiographie angetroffenen Befundes einer "Spontandissektion
der RCA im mittleren Drittel der Pars descendens mit Flap-Bildung" durchführte, erlitt der
Kläger nach der Implantation eines 18 mm-Stents in der rechten Herzkranzarterie einen
kardiogenen Schock mit Mediateilinfarkt, wobei sich die Notwendigkeit zur künstlichen
Beatmung und Stimulation über einen Schrittmacherdraht ergab. Nach Stabilisierung des
Zustandes wurde der Kläger zunächst bei vorübergehender Dialysepflichtigkeit auf der
Intensivstation des Krankenhauses der Beklagten zu 1. weiter betreut. Er wurde nach
progredienter hämodynamischer Instabilität am Mittag des 25.01.2004 per
Intensivrettungsmobil mit Arztbegleitung in das Herzzentrum C verlegt. Dort wurde noch am
selben Tage eine intraaortale Ballonpumpe implantiert und der Kläger an ein Kunstherz
(CardioWest Total Artificial Heart) angeschlossen. Während der weiteren stationären
Behandlung im Herzzentrum C bis zum 13.04.2004 zeigte sich durch eine rechtsseitige
Hemiparese sowie eine inkomplette motorische Aphasie, dass der Kläger auch mehrere
Schlaganfälle erlitten hatte. Nach zeitweiligen Problemen mit dem Kunstherzen, die im Juni
2004 eine erneute notfallmäßige stationäre Behandlung des Klägers erforderten, erhielt er
Ende August 2004 in C ein Spenderherz implantiert. Seine teilstationäre neurologische Reha-
Behandlung im Prosperzentrum C3 wegen der Schlaganfallfolgen erfolgte - unterbrochen
durch stationäre Aufenthalte - von Anfang April 2004 bis Juni 2005. Seine urologische Praxis
hat der Kläger, der inzwischen eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezieht, aufgegeben.
- Der Kläger hält - u.a. auf der Grundlage mehrerer von ihm eingeholter Privatgutachten - eine 4
gesamtschuldnerische Haftung der Beklagten für gegeben, weil es zu diversen Aufklärungs-
und Behandlungsfehlern sowohl im Vorfeld, als auch bei und nach der kardiologischen
Intervention vom 23.01.2004 gekommen sei. Er hat mit dieser Begründung erstinstanzlich die
Zahlung eines Schmerzensgeldes i.H.v. mindestens 100.000 € zzgl. Rechtshängigkeitszinsen
(bei Zustellung der Klage am 20.10.2005) und die Feststellung der Ersatzpflichtigkeit für alle
materiellen wie zukünftigen immateriellen Schäden aus der Behandlung der Beklagten
verlangt. Diese haben ihr Vorgehen als in jeder Hinsicht sachgerecht und sorgfältig verteidigt.
- Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes erster Instanz wird auf die 5
Darstellung im angefochtenen Urteil des Landgerichts Essen vom 07.01.2009 Bezug
genommen.
- Das Landgericht hat die Klage nach Anhörung der Parteien, uneidlicher Vernehmung der 6
Zeugin Dr. u und mehrfacher gutachterlicher Befassung der kardiologischen
Sachverständigen Prof. Dr. T4 und Dr. M2 abgewiesen. Zur Begründung hat es im
Wesentlichen ausgeführt:
- Der Kläger sei am 23.01.2004 vor dem Herzkathetereingriff ausreichend durch Dr. u 7
aufgeklärt worden; sie habe ihm nach ihrer glaubhaften Aussage das Herzinfarktrisiko mit
Todesfolge genannt. In zeitlicher Hinsicht sei die Aufklärung über die Notwendigkeit zur

PTCA "auf dem Tisch" nach Abschluss der vorangegangenen Koronarangiographie nicht zu beanstanden, weil es sich angesichts des diagnostischen Ergebnisses (einer Dissektion der RCA mit Flap) um eine Notfallsituation gehandelt habe. Eine ärztliche Aufklärung über das im Krankenhaus der Beklagten zu 1. fehlende herzchirurgische Backup für solche Notfälle sei nicht erforderlich gewesen, weil der Kläger zugestandenermaßen gewusst habe, dass das Krankenhaus der Beklagten zu 1. über keine eigene Herzchirurgie verfüge.

Die Beweisaufnahme habe auf Basis der überzeugenden gerichtlichen Gutachten auch keinen Nachweis eines Behandlungsfehlers ergeben. In der vorstationären Phase habe der Beklagte zu 2. nicht feststellbar unzureichend auf etwaige Beschwerdehinweise kardiologischer Ursache beim Kläger reagiert. Ein klägerseits behauptetes Telefonat vom November 2003 mit Schilderung retrosternaler Schmerzen - welches die Beklagten in Abrede gestellt hätten - sei nicht erwiesen; auch würden frühzeitigere Befunderhebungen kein hinreichend wahrscheinliches pathologisches Ergebnis gezeigt haben. Die Verordnung von Y Anfang Dezember 2003 ohne weitere Untersuchung sei unter Ärzten nicht zu beanstanden. Die Koronarintervention vom 23.01.2004 sei angesichts der erhobenen Befunde der letzten Tage und des aufgetretenen RCA-Befundes bei der Koronarangiographie indiziert gewesen. Dass es sodann bei der Platzierung des Führungsdrahtes zu einer subintimalen Fehllage gekommen sei, stelle keinen Behandlungsfehler, sondern eine typische Komplikation bei frischem Plaqueaufruch mit Flapbildung dar. Auch das Nichterkennen der Fehlposition und das Nichtkontrollieren der Führungsdrahtposition vor der (zum Gefäßverschluss führenden) ersten Stentplatzierung sei nach dem eingeholten Sachverständigengutachten kein Behandlungsfehler, weil die richtige Stentlage auch von einem erfahrenen Kardiologen nicht immer einwandfrei festgestellt werden könne. Ein ggfls. behandlungsfehlerhaftes mehrfaches Herausziehen des Katheters während oder nach der Diagnosephase des Eingriffs habe nicht stattgefunden. Eine frühere Verlegung des Klägers in eine auswärtige herzchirurgische Abteilung sei unter der (hier erfolgten irrtümlichen) Annahme einer Komplettdissektion der RCA wenig sinnvoll gewesen, was - nach Anhörung des Beklagten zu 2. und dem Inhalt der Arztbriefe - die erforderliche telefonische Rückfrage im Herzzentrum E (HZD) bestätigt habe. Auch eine frühere Verlegung in das Herzzentrum C sei nicht geboten gewesen, weil sie nicht mehr zum Erhalt des Myokards habe beitragen können.

8

Mit seiner form- und fristgerecht eingelegten Berufung verfolgt der Kläger seine erstinstanzlichen Klageziele weiter, indem er erneut Aufklärungs- und Behandlungsfehler behauptet, die er für den am 23.01.2004 erlittenen Herzinfarkt mit allen nachfolgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen verantwortlich macht.

9

Hinsichtlich der Aufklärung stellt der Kläger in Abrede, bereits am 21.01.2004 von dem Beklagten zu 2. über das beabsichtigte Vorgehen mittels Koronarangiographie und ggfls. anschließender PTCA sowie dessen Risiken aufgeklärt worden zu sein. Er rügt, dass ihm weder die Bedeutung des Fehlens eines unmittelbaren herzchirurgischen Backups im Marienhospital C3 dargestellt noch die Behandlungsalternativen bei dem vermuteten oder auch später angetroffenen Befund vorgestellt worden seien; man habe ihm das Abwarten unter Medikation oder die operative Revaskularisierung des betroffenen Herzkranzgefäßes als echte Behandlungsalternativen darstellen müssen. Die erst am 23.01.2004 anlässlich der Aufnahmeuntersuchung zur Koronarangiographie in einem F3en Gespräch mit Frau Dr. u erfolgte Aufklärung unmittelbar vor dem Eingriff sei nicht rechtzeitig und nicht ausführlich genug erfolgt. Der Kläger behauptet, er würde sich bei ordnungsgemäßer und rechtzeitiger Aufklärung an in ein herzchirurgisches Zentrum begeben haben, welches in der Lage sei, im Notfall sofort auch chirurgische Maßnahmen zu ergreifen.

10

Darüber hinaus rügt der Kläger - z.T. unter Berufung auf die seinerseits vorgelegten privatgutachterlichen Stellungnahmen des Prof. Dr. L und des Dr. T3 - verschiedene Behandlungsfehler, welche sich nach seiner Überzeugung schadensursächlich ausgewirkt haben:

Zunächst habe der Beklagte zu 2. Ende November 2003 nicht fachgerecht auf die telefonische Schilderung einer neuen kardiologischen Symptomatik (retrosternales Brennen in Ruhe) reagiert. Während der Koronarangiographie habe der Beklagte zu 2. dann mehrfach den Katheter bei der diagnostischen Darstellung herausgezogen und neu intubiert, was insbesondere beim Ostium der RCA die Gefäßwandbeschädigung provoziert habe. Sodann habe er den Führungsdraht falsch gesetzt - nämlich nicht ins wahre Lumen, sondern subintimal - und sich vor dem Stenten nicht von dessen einwandfreier Lage überzeugt; in diesem Zusammenhang seien beweiserteichternd Dokumentationsversäumnisse der Beklagten zu berücksichtigen, weil die entscheidende Filmszene zur Platzierung des Führungsdrahtes in der RCA fehle, was einer Beweisvereitelung entspreche. Schließlich habe der Beklagte zu 2. die Veranlassung einer rettenden Bypass-OP auswärts versäumt, nachdem Kreislaufstabilität eingetreten sei; es sei bereits unklar, welchen Inhaltes das angebliche Telefonat vom 23.01.2004 mit dem Herzzentrum E gewesen sei; auch sei die nach dem Privatsachverständigen Dr. T3 unabdingbare Bildweiterleitung zum sachgerechten Konsil unterblieben. Auch die Verlegung zum Herzzentrum C sei zu spät erfolgt, um die nach dem aufgetretenen Gefäßverschluss indizierte Therapie der Wahl (Bypass zur Myokardrettung) noch erfolgversprechend durchführen zu können. Entgegen der Annahme des Landgerichts sei zudem die intrakoronare Gabe des Fibrinolytikums - von allen Sachverständigen kritisiert - wegen der zahlreichen schweren hämorrhagischen Apoplexe nicht folgenlos geblieben. 12

Der Kläger beantragt, 13

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz gemäß § 247 BGB seit Rechtshängigkeit, 14

2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche aus der fehlerhaften Behandlung resultierenden materiellen und zukünftigen immateriellen Schäden zu ersetzen, soweit Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Behörden übergegangen sind bzw. übergehen werden. 15

Die Beklagten beantragen, 16

die Berufung des Klägers zurückzuweisen. 17

Sie verteidigen die landgerichtliche Entscheidung unter Hinweis darauf, dass sich die mit der Berufung weiter verfolgten Behandlungsfehlervorwürfe auf der Grundlage ausführlicher Sachverständigenbefassung in I. Instanz als gänzlich unbegründet erwiesen hätten, jedenfalls dem Kläger aber kein Schaden durch die beanstandeten Maßnahmen entstanden sei. Die Fehllage des Führungsdrahtes habe nicht auf einem Behandlungsfehler beruht, sondern sei eine nicht sicher vermeidbare Komplikation. Dokumentationslücken bestünden nicht. Eine Verlegung des Klägers in das Herzzentrum E sei wegen seiner instabilen lebensbedrohlichen Situation am 23.01.2004 bei kardiogenem Schock nicht in Betracht gekommen. Dies habe der Beklagte zu 2. in einer telefonischen Rücksprache mit dem kooperierenden Herzzentrum E geklärt. Überdies habe die Beweisaufnahme vor dem Landgericht bestätigt, dass eine frühzeitigere Verlegung in ein Herzzentrum keinen 18

günstigeren Verlauf für den Kläger habe erwarten lassen, so dass es an der notwendigen Kausalität fehle. Auch die Gabe des Fibrinolytikums sei nach den Sachverständigenaussagen I. Instanz folgenlos geblieben.

Es sei schließlich zu keinerlei Aufklärungsversäumnissen gekommen. Dem Kläger sei als in C3 niedergelassenem Urologen bekannt gewesen, dass das dortige Marienhospital kein eigenes herzchirurgisches Backup vor Ort zur Verfügung habe, vielmehr insoweit mit dem Herzzentrum in E kooperiere. Die Aufklärung durch Dr. u am 23.01.2004 sei ausreichend gewesen; weil der Kläger als Urologe über genügend medizinischen Sachverstand verfügt habe, sei ihm ohne Weiteres möglich gewesen, ihn etwaige interessierende Ergänzungsinformationen durch Rückfragen zu erlangen; wenn dies versäumt worden sei, gehe das nicht zu Lasten der Beklagten. 19

Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf den vorgetragenen Inhalt des gewechselten Schriftsätze nebst deren Anlagen ergänzend Bezug genommen. 20

Der Senat hat nach Maßgabe des Beschlusses vom 26.06.2009 (GA 409) Beweis erhoben über die Behauptung des Klägers, dass der Beklagte zu 2. am 23.01.2004 *nicht* mit dem diensthabenden Oberarzt des Herzzentrums E wegen der evtl. Übernahme nach dort zwecks operativer Intervention telefoniert habe, durch Einholung schriftlicher Zeugenaussagen der Dres. F und F3 im Herzzentrum E. Insoweit wird auf den Inhalt der schriftlichen Zeugenaussagen der Oberärzte F3 und Dr. F vom 24.07.2009 (GA 433) und 17.07.2009 (GA 442) Bezug genommen. Der Senat hat im Senatstermin am 23.11.2008 den Kläger wie den Beklagten zu 2. persönlich angehört und die Zeugin Dr. u ergänzend uneidlich vernommen; der kardiologische Sachverständige Dr. M2 hat in diesem Termin seine bisherigen Gutachten mündlich ergänzt und erläutert. Hinsichtlich des Ergebnisses der Parteianhörung und Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 23.11.2009 (GA 489 ff.) und den zum Senatstermin gefertigten Berichterstattervermerk vom 30.11.2009 (GA 491 ff.) Bezug genommen. 21

Die Originalbehandlungsunterlagen der Beklagten über die im Marienhospital C3 durchgeführten ambulanten und stationären Behandlungen des Klägers, eine Videokassette nebst CD´s mit Filmsequenzen der Koronarintervention vom 23.01.2004 sowie mehrere vom Kläger eingereichte Ordner mit Kopien von Unterlagen zu seinen Folgebehandlungen haben im Senatstermin vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. 22

II. 23

1. Die zulässige Berufung des Klägers hat in der Sache Erfolg. Sein Klagebegehren auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes und auf Feststellung der weitergehenden gesamtschuldnerischen Ersatzpflicht der Beklagten ist nach den vom Senat getroffenen Feststellungen vollumfänglich berechtigt, so dass das Rechtsmittel zur Abänderung der klagabweisenden Entscheidung des Landgerichts führt. 24

Der Beklagte zu 2. haftet gemäß §§ 280 I, 283 BGB für die Gesundheitsbeeinträchtigungen, die dem von ihm privatärztlich und persönlich behandelten Kläger durch die ohne wirksame Patienteneinwilligung durchgeführte Koronarintervention vom 23.01.2004 erwachsen und deren Auswirkungen fortdauern. In gleichem Umfang haftet die Beklagte zu 1. gesamtschuldnerisch nach §§ 280 I, 283, 30, 31, 831 BGB für die wegen der verspäteten Patientenaufklärung rechtswidrige und schadensursächliche Herzkathetermaßnahme ihres Chefarztes, weil auch sie aufgrund des mit der stationären Aufnahme am Nachmittag des 23.10.2004 zustande gekommenen Krankenhausvertrages dem Kläger zur Verschaffung 25

sachgerechter (chef-)ärztlicher Leistungen verpflichtet war (vgl. zum Regelfall des Krankenhausvertrages mit Arztzusatzvertrag: BGH, VersR 1985, 1043 f.; NJW 1993, 779; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl., Rdnr. 28 m.w.N.).

In der medizinischen Beurteilung des Behandlungsgeschehens folgt der Senat den Ausführungen des kardiologischen Sachverständigen Dr. M2; er hat sich unter gründlicher Auswertung der umfangreich beigezogenen Behandlungsdokumentation der Beklagten wie der Nachbehandler des Klägers eingehend mit dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen und den zu dessen Beurteilung vorhandenen kardiologischen Leitlinien befasst; auch die vorhandene filmische Darstellung der Koronarintervention hat er kritisch und gründlich ausgewertet. Seine erstinstanzlich erstatteten Gutachten hat Dr. M2 im Senatstermin unter sorgfältiger Einbeziehung der sonstigen Begutachtungen (insb. des Prof. Dr. L und des Dr. T2 und des ergänzenden Parteivorbringens differenziert, fundiert und sachlich überzeugend erläutert. Der Sachverständige verfügt als Facharzt für innere Medizin und Kardiologie sowie als Oberarzt der Abteilung für Angiologie mit dem Schwerpunkt "Herzkatheterlabor" am Elisabeth-Krankenhaus F2 sowohl über ein fundiertes theoretisches Wissen als auch über eine umfassende praktische Erfahrung. Diese Kompetenz und Praxiserfahrung des Sachverständigen - insbesondere auch zur kardiologischen Tätigkeit in einem Herzlabor mit auswärtigem herzchirurgischen Backup - stehen für den Senat nach der eingehenden Befragung Dr. M im Senatstermin ebenso außer Zweifel, wie seine gutachterliche Objektivität. Der Sachverständige hat die relevanten medizinischen Erwägungen in der Beurteilung des streitgegenständlichen Behandlungsgeschehens auch für den medizinischen Laien gut nachvollziehbar dargestellt; den fachlichen Einwendungen des privatgutachterlich beratenen Klägers wie denjenigen des Beklagten zu 2. ist er - soweit sich überhaupt Differenzen in der medizinischen Bewertung ergaben - im Senatstermin überzeugend argumentativ entgegen getreten.

26

2. Das Haftungsbegehren des Klägers ist allerdings *nicht aufgrund von Behandlungsfehlern* des Beklagten zu 2. oder anderer Mitarbeiter der Beklagten zu 1. begründet. Die wegen der unzureichenden Feststellungen des Landgerichtes gebotene vertiefende Befassung des Senates mit dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen hat erneut *nicht* ergeben, dass die geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen des Klägers – insbesondere der erlittene Hinterwandinfarkt und der konsekutive Verlust der Myokardfunktion - durch ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen im Hause der Beklagten zu 1. verursacht wurden.

27

a) So kann nicht festgestellt werden, dass der Beklagte zu 2. es im Rahmen der nach dem Koronarangiographiebefund indizierten PTCA sorgfaltswidrig versäumte, die korrekte Lage des Führungsdrahtes innerhalb der rechten Herzkranzarterie vor der geplanten Stentimplantation ausreichend zu überprüfen.

28

Der Beklagte zu 2. hat bei seiner Anhörung durch den Senat dargestellt, dass er - wie es seinerzeit im Marienhospital C3 üblich gewesen sei - vor der Implantation des Stents einmal das Gefäß mit Kontrastmittel unter Durchleuchtung angespritzt habe; dabei habe sich der Abfluss des Kontrastmittels bis in die Peripherie dargestellt, weshalb er eine korrekte Führungsdrahtlage angenommen habe. Eine filmische Dokumentation der korrekten Führungsdrahtlage sei seinerzeit im Herzkatheterlabor der Beklagten zu 1. nicht üblich gewesen und nicht durchgeführt worden.

29

Dr. M2 hat hierzu in Bestätigung und Vertiefung seiner erstinstanzlichen Ausführungen vom medizinischen Standpunkt ausgeführt, es existiere kein etablierter Dokumentationsstandard für die Überprüfung der korrekten Führungsdrahtlage; sie bleibe insofern jedem einzelnen invasiv tätigen Kardiologen überlassen. So sei auch eine filmische Dokumentation der

30

richtigen Drahtlage nicht standardmäßig zu fordern. Er selbst pflege zwar im Wortlaut des Interventionsprotokolls einer PTCA zu dokumentieren, dass er den Führungsdraht über die Zielstenose hinaus geführt habe, was die Bestätigung der korrekten intraluminären Lage beinhalte. Jedoch werde erfahrungsgemäß - wie ihm aus der Zusammenarbeit mit von auswärts kommenden Kollegen bekannt sei - in den deutschen Herzkatheterlaboren auch dieser Punkt durchaus sehr unterschiedlich dokumentiert.

Ausgehend von der Schilderung des Beklagten zu 2., er habe zur Sicherung der intraluminären Lage des Führungsdrahtes vor dem Setzen des ersten Stents unter Durchleuchtung eine Kontrastmittelspritzung vorgenommen und den Kontrastmittelabfluss in die Peripherie verfolgt, beinhaltet dieses Vorgehen - so Dr. M2 - *eine mögliche Maßnahme*, welche in fast jedem Fall geeignet sei, die richtige Drahtlage zu sichern. Dr. M2 geht zudem wegen Fehlens diesbezüglicher Anhaltspunkte in der ausgewerteten Dokumentation davon aus, dass der Beklagte zu 2. offenbar bei der Intervention keinen Widerstand beim Verschieben des Führungsdrahtes gespürt habe, der für eine subintimale Führung gesprochen hätte. 31

Der Sachverständige hat im Übrigen nachvollziehbare Bedenken gehabt, das von dem Privatgutachter Prof. Dr. L für den konkreten Fall eines dominanten Herzkranzgefäßes bevorzugte Sondieren der Endäste des zu stentenden Gefäßes als zwingende Sicherung der korrekten Drahtlage zu fordern. Er hat zwar bestätigt, dass das von Prof. Dr. L (und auch von dem weiteren Privatgutachter Dr. T2 vorgeschlagene Sondieren vorliegend mit hoher Wahrscheinlichkeit die Fehplatzierung des Drahtes innerhalb der Gefäßwand offenbart haben würde. Jedoch sei ein solches Sondieren wegen der diesem Vorgehen immanenten Gefahr von Gefäßwandverletzungen - so Dr. M2 - durchaus kritisch zu sehen, weshalb das Vorgehen zur Sicherung der Führungsdrahtlage dem Ermessen des einzelnen Interventionalisten überlassen bleiben müsse. Diese Argumentation überzeugt auch deshalb, weil Prof. Dr. L – wenn auch in anderem Zusammenhang - in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 14.03.2007 ebenfalls auf die generelle Gefahr von Gefäßdissektionen durch Manipulationen im Sinne eines Verschiebens und Zurückziehens des Führungskatheters hingewiesen hatte. 32

Dr. M2 hat auf nachdrückliches Befragen des Senates unter Bezugnahme auf die vorstehend dargestellten Erwägungen schließlich bekräftigt, dass man ungeachtet der nicht vorhandenen Dokumentation zur richtigen Führungsdrahtlage hier – auf dem bereits angesprochenen Hintergrund einer fehlenden einheitlichen Dokumentationspraxis - keinesfalls davon ausgehen könne, dass der Beklagte zu 2. eine Sicherung der intraluminären Lage vor dem Absetzen des Stents gänzlich versäumt habe. Der Kläger hat nach alledem nicht widerlegt, dass der Beklagte zu 2. in fachlich vertretbarer Weise versuchte, die korrekte Führungsdrahtlage vor dem geplanten Anlegen des vorhandenen Flaps durch den ersten Stent mittels Kontrastmittelspritzung unter Durchleuchtung zu gewährleisten. Weil sich eine absolute Sicherheit über die richtige Drahtlage unter Ausschluss eines Verschiebens unterhalb der Gefäßintima auch durch sorgfältiges ärztliches Vorgehen nicht erlangen lässt - wie der gerichtliche Sachverständige schon erstinstanzlich dargelegt hat -, belegt auch die bei retrospektiver Betrachtung in der Filmsequenz zur PTCA erkennbare Fehllage des Drahtes nicht zwingend ein unsorgfältiges Vorgehen in Bezug auf die korrekte Führungsdrahtlage. 33

b) Allerdings muss sich der Beklagte zu 2. vorwerfen lassen, *die Implantation des ersten Stents* - welcher zum Gefäßverschluss führte - *nicht filmisch dokumentiert* zu haben. Bereits in seinem erstinstanzlichen Gutachten vom 10.02.2008 hatte der gerichtliche Sachverständige eine Sequenz des Koronarfilms vermisst, die das Absetzen des ersten 34

Stents in der RCA zeige; hierzu hat er im Senatstermin bestätigt, dass der Vorgang der Stentimplantation nach der im Januar 2004 geltenden PCI-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie als "Maßnahme" filmisch habe dokumentiert werden müssen.

Jedoch hat er zu den Auswirkungen einer solchen filmischen Dokumentation plausibel erläutert, dass man selbst durch eine bildliche Darstellung nicht zu 100 % sicherstellen könne, dass der Führungsdraht im richtigen Lumen liege und sich der Stent auch dort entfalten werde. Den ausreichenden Sichtwinkel habe man erst, wenn der Stent geöffnet sei. Dann - d.h. mit dem Öffnen des Stents - sei der Gefäßverschluss bei bestehender Fehllage des Führungsdrahtes aber schon passiert. Soweit nach den Regelungen der PCI-Leitlinie zu fordern sei, dass bereits die Implantation des ersten Stents filmisch habe festgehalten werden müssen, diene dies vor allem dem Positionsnachweis für die gelegten Stents (auch für spätere Nachbehandlungen). Nach den plausiblen Ausführungen Dr. M würde eine solche *Filmdarstellung der Stentöffnung jedoch weder den Gefäßverschluss als solchen verhindert, noch die (schwierige) Rekanalisation des durch den Stent verschlossenen wahren Lumens irgendwie erleichtert* haben. Schon der Privatgutachter des Klägers Prof. Dr. L hatte in seinem Gutachten vom 14.03.2007 darauf hingewiesen, dass es nach der vorangegangenen Ballonplatzierung in dem Dissektat (d.h. im falschen Lumen) im weiteren Verlauf für den Untersucher extrem schwierig sei, den Draht nochmals in das wahre richtige Lumen umzuplatzieren, und dass eine erfolgreiche Umplatzierung des subintimal liegenden Führungsdrahtes in das wahre Lumen sehr unwahrscheinlich sei.

35

Auf der Grundlage dieser Sachverständigenausführungen hat das Versäumnis einer unmittelbaren filmischen Darstellung der Stentplatzierung mithin für den Kläger keine feststellbar nachteiligen Konsequenzen gehabt.

36

c) Des weiteren geht der Senat zwar auf der Grundlage der medizinischen Erläuterungen durch Dr. M2 davon aus, dass dem Beklagten zu 2. nach Auftreten des Gefäßverschlusses der großen RCA während der Koronarintervention am 23.01.2004 weitere Behandlungsfehler unterlaufen sind; jedoch haben auch diese nicht feststellbar zu Gesundheitsschäden des Klägers geführt.

37

aa) Die intrakoronare Gabe eines Fibrinolytikums durch den Beklagten zu 2. nach dem Eintreten der hämodynamischen Instabilität infolge des Gefäßverschlusses war nicht indiziert.

38

Dr. M2 hat im Senatstermin bestätigt, dass der vom Beklagten zu 2. während der Krise eingesetzten Lyse mit 20 mg rtPA nach den Guidelines die Indikation fehlte. Diese Lysegabe hatte jedoch nach Einschätzung des Sachverständigen für den Kläger deshalb keine erkennbaren gesundheitlich nachteiligen Folgen, weil nach den ausgewerteten Behandlungsunterlagen auch der Folgezeit keine cerebralen Hämorrhagien festgestellt wurden. Die Schlaganfälle des Klägers in der Folgezeit der Intervention vom 23.01.2004 hatten ihre Ursache nach Einschätzung von Dr. M2 eher in dem Einsatz der sog. assist devices im Rahmen der Anschlussbehandlung im Herzzentrum C. Auch der medizinische Beistand des Klägers Prof. Dr. L hat insofern ausgeführt, dass nach seiner Beurteilung die zeitliche Assoziation zwischen dem Lyseeinsatz und den Schlaganfällen offen und ein diesbezüglicher Ursachenzusammenhang auf dieser Basis nicht festzustellen sei.

39

Beweiserleichterungen unter dem Gesichtspunkt eines groben Behandlungsfehlers kommen dem Kläger insofern nicht zustatten. Der zu den medizinischen Voraussetzungen eines solchen groben Arztfehlers befragte Sachverständige hat verneint, dass es sich bei der indikationslosen Lysegabe in der konkreten Behandlungssituation um einen elementaren ärztlichen Sorgfaltsverstoß handelte, der medizinisch schlechterdings unverständlich ist. Dr.

40

M2 erklärt sich das Vorgehen des Beklagten zu 2. während der akuten koronaren Krise des Klägers so, dass er damit wohl eine dem Patienten schädliche Gerinnselbildung habe vermeiden wollen; auch seien zu früheren Zeiten in derartigen Situationen solche Lysegaben noch üblicher gewesen. Der Senat kann nachvollziehen, dass der Sachverständige auf diesem Hintergrund kein medizinisch objektiv unverständliches Vorgehen im Zusammenhang mit der intrakoronaren Lyse hat bejahen können, so dass die offene Ursächlichkeit dieser Maßnahme für die beim Kläger aufgetretenen Schlaganfälle nach allgemeinen Beweisregeln zu seinen Lasten geht.

bb) Der Beklagte zu 2. hat es darüber hinaus vorwerfbar versäumt, den Kläger am Abend des 23.01.2004 nach Erreichen eines hämodynamisch stabilen Zustandes zur indizierten Bypass-OP in das Herzzentrum E zu verlegen. 41

Der gerichtliche Sachverständige hat im Senatstermin die privatgutachterliche Einschätzung des Prof. Dr. L. bestätigt, wonach die Dissektion eines Herzkranzgefäßes im Rahmen einer Koronarintervention - auch unter der seinerzeitigen Annahme einer spontanen Komplettdissektion der RCA - die "klassische Indikation für eine notfallmäßige Bypass-OP" darstellte. Das fachgerechte primäre Vorgehen unter der Annahme einer Komplettdissektion wäre - so der Sachverständige - eine Bypasschirurgie gewesen; diese konnte unstreitig nicht im Hause der Beklagten durchgeführt werden, sondern erforderte auf der Basis des organisierten herzchirurgischen Backups eine Verlegung des Klägers in das Herzzentrum E. Eine Bypass-Indikation hätte darüber hinaus nach den medizinischen Ausführungen Dr. M *auch dann* bestanden, wenn man sich während oder nach Abschluss der Herzkatheterintervention am 23.01.2004 im Klaren darüber gewesen wäre, dass der Stent in der Gefäßwand der RCA lag und deren Verschluss herbeiführte. Bei vorhandener Transportfähigkeit des Patienten hätte deshalb - woran nach den übereinstimmenden Äußerungen des gerichtlichen wie der privatgutachterlichen Sachverständigen kein vernünftiger Zweifel besteht - der sofortige Transport des Klägers in die mit dem Marienhospital C3 kooperierende Herzchirurgie nach E veranlasst werden müssen, um dort eine Bypass-OP zu ermöglichen. 42

Zwar war der Kläger - wie der gerichtliche Sachverständige in beiden Instanzen hervorgehoben hat - nach Auftreten des Gefäßverschlusses in der dominanten RCA zunächst, d.h. während der akuten Krise unter der Koronarintervention bei Eintritt des Kreislaufversagens und des AV-Blocks III°, wegen seines instabilen Zustandes nicht verlegungsfähig. Allerdings wurde er danach - was der Beklagte zu 2. bei seiner Anhörung durch den Senat bestätigte - unter Intensivbedingungen so stabilisiert, dass seine notfallmäßige Verlegung etwa 2 ½ Stunden nach Eintritt des Gefäßverschlusses möglich gewesen wäre. 43

Zu diesem Zeitpunkt war eine Verlegung zur notfallmäßigen Bypass-OP weder medizinisch aussichtslos, noch ist seitens des Herzzentrums E eine Übernahme des Klägers abgelehnt worden. Letzteres ergibt sich aus der zweitinstanzlich eingeräumten Vorgehensweise des Beklagten zu 2., dass er nach seinem persönlichen medizinischen Erfahrungsstand mit notfallmäßigen Bypass-Operationen entschieden habe, den Kläger nicht nach E zu verlegen, weil er sich keine Verbesserung für den Kläger davon versprochen (vielmehr einen letalen Ausgang befürchtet) habe. Dafür, dass nicht etwa der diensthabende Chirurg des Herzzentrums E die Übernahme des Klägers als sinnlos ablehnte, spricht auch die schriftliche Zeugenaussage des Oberarztes F3 vom 24.07.2009, wonach zu diesem Zeitpunkt alle 4 Operationssäle frei gewesen seien und man generell Komplikationen dieser Art nie ablehne. Wie Dr. M2 des weiteren bei seinen Anhörungen durch die Kammer und den Senat jeweils 44

ausgeführt hat, hatte man vom Zeitpunkt des Gefäßverschlusseintritts an ca. 4 - 6 Stunden Zeit, das Myokardgewebe durch einen operativen Bypass zu retten; hier hätte bei einer Verlegung des Klägers nach E die operative Versorgung des Myokards durch Bypass realistischer Weise immerhin etwa 4 Stunden nach dem Verschlussereignis erfolgen können.

Allerdings bestehen aus medizinischer Erfahrung - so der Sachverständige Dr. M2 - erhebliche Zweifel daran, ob eine solche OP das Outcome für den Kläger - insbesondere was die Rettung des Myokards betrifft - günstiger gestaltet hätte. Nach seiner fachlichen Einschätzung war selbst bei unterstellter unverzüglicher Verlegung ins Herzzentrum E nach Erreichen der Transportfähigkeit des Patienten etwa 2 ½ Stunden nach dem Verschluss des Herzkranzgefäßes *der Erfolg einer Bypass-OP keineswegs gesichert*. Die Letalitätsrate bei einem solchen Notfalleingriff beträgt vielmehr etwa 50 %. Zwar hätte eine rechtzeitige Bypass-OP nicht nur theoretische Chancen auf einen besseren Ausgang für den Kläger eröffnet; jedoch muss der weitere Verlauf bei unterstellter rechtzeitiger Verlegung und Bypass-OP mit dem Sachverständigen als "spekulativ" beurteilt werden. Angesichts der eingeschränkten Erfolgsaussichten einer rechtzeitigen Verlegung - für deren Richtigkeit auch die vorsichtigen, letztlich an bloße Wahrscheinlichkeiten anknüpfenden privatgutachterlichen Erfolgsprognosen des Prof. Dr. L in seiner Stellungnahme vom 14.03.2007 sprechen - vermag der Senat nicht mit der erforderlichen Sicherheit festzustellen, dass dem Kläger bei seiner medizinisch indizierten Verlegung nach E irgendwelche Gesundheitsschäden erspart geblieben wären. 45

Beweiserleichterungen unter dem Gesichtspunkt einer grob behandlungsfehlerhaften ärztlichen Unterlassung des Beklagten zu 2. mit Blick auf die unterbliebene Verlegung zur Bypass-OP kommen dem Kläger nicht zustatten. Dass der Beklagte zu 2. nach Auftreten der Verschlussproblematik jegliche telefonische Rücksprache mit dem kooperierenden Herzzentrum unterlassen hätte - was Dr. M2 allerdings aus medizinischer Sicht als grob fehlerhaft beurteilt haben würde - lässt sich angesichts der Dokumentationshinweise (im Interventionsprotokoll der PTCA und in den Verlegungsberichten) und aufgrund der - mangels konkreter Erinnerung - hierzu unergiebigsten Zeugenaussagen der Oberärzte F3 und Dr. F nicht feststellen. Soweit der Beklagte zu 2. nach hämodynamischer Stabilisierung des Klägers - möglicherweise ohne erneute telefonische Rücksprache mit dem Herzzentrum E - letztlich aufgrund seiner eigenen kardiologischen Beurteilung der Erfolgsaussichten einer Notfall-Bypass-OP von einer Verlegung absah, widersprach das zwar - wie Dr. M2 im Senatstermin bestätigte - gutem kardiologischem Standard; jedoch stellte sich eine solche Entscheidung eines erfahrenen invasiv tätigen Kardiologen ohne erneute Rücksprache vorliegend gerade nicht als medizinisch schlechterdings nicht nachvollziehbarer Verstoß gegen elementare Behandlungsregeln oder gesicherte grundlegende Erkenntnisse dar. Dr. M2 hat dies unter Hinweis darauf verneint, dass zum einen infolge der Stenteinlagen seitens des Beklagten zu 2. eine gewisse Teilrekanalisierung des verschlossenen Gefäßes gelungen war, und zum anderen ein solch erfahrener Kardiologe wie der Beklagte zu 2. die klinische Situation des Patienten mit den Chancen für eine Verbesserung bei Verlegung in gewisser Weise auch selbst einzuschätzen vermöge. Für eine entsprechende Beweiserleichterung zugunsten des Klägers fehlt es danach an einer ausreichenden Grundlage. 46

3. Die Beklagten haften jedoch für die aufgrund der Koronarintervention vom 23.01.2004 eingetretenen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Klägers, weil dessen *Einwilligung* in die durchgeführten Maßnahmen *nicht auf einer rechtzeitigen, die Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten ausreichend gewährleistenden ärztlichen Aufklärung* beruhte. 47

Die ausweislich der unterzeichneten Y3-Bögen zur Koronarangiographie und PTCA vom 23.01.2004 erteilte Einwilligung des Klägers zu dem geplanten diagnostischen wie ggfls. therapeutischen Vorgehen mittels Herzkatheters erforderte zu ihrer Wirksamkeit mit Blick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten eine *rechtzeitige* ärztliche Aufklärung über Art und Schweregrad der in Betracht kommenden Maßnahmen sowie die mit ihnen verbundenen Risiken und Belastungen. Eine solche Aufklärung hat der Senat nach dem Gesamtergebnis der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme nicht feststellen können.

a) Die der informierten Einwilligung des Patienten dienende Eingriffs- und Risikoaufklärung im persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch war vorliegend *nicht* etwa schon deshalb *entbehrlich*, weil der Kläger als niedergelassener Urologe aufgrund seiner beruflichen Ausbildung bereits genügend medizinische Fachkenntnisse hatte, um seine Entscheidung über die Durchführung der ihm angeratenen Maßnahmen selbstbestimmt ohne weitere Informationen treffen zu können. Ein Patient ist zwar dann nicht mehr aufklärungsbedürftig, wenn er (etwa durch eigenes Berufswissen) über ausreichende Kenntnisse zu Art, Umfang und Risiken des Eingriffs verfügt (vgl. Steffen/Pauge, Arzt Haftungsrecht. 10. Afl., Rdnr. 430 m.w.N. zur Rspr; Frahm/Nixdorf, Arzt Haftungsrecht, 3. Aufl., Rdnr. 173 m.w.N.). Hierauf darf der aufklärungspflichtige Arzt jedoch nicht vertrauen (vgl. zuletzt: OLG Frankfurt, GesR 2009, 529 mit Anm. Ziegler); es obliegt ihm, zu beweisen, dass eine Patientenaufklärung im konkreten Fall aus diesem Grund nicht erforderlich war (Steffen/Pauge, aaO). Diesen Beweis haben die Beklagten nicht führen können. 49

Der Kläger hat bei seiner Anhörung durch den Senat plausibel darauf verwiesen, dass er als fachfremder Urologe *nicht* mit dem Vorgehen im Herzkatheterlabor und dem Risikospektrum der dort geplanten kardiologisch-invasiven Maßnahmen vertraut gewesen sei. Weder der Beklagte zu 2. als behandelnder Kardiologe noch die das Aufklärungsgespräch unmittelbar vor den Interventionen führende Zeugin Dr. u haben bekundet, sich im Gespräch mit dem Kläger am 21. bzw. 23.01.2004 vergewissert zu haben, dass dieser aufgrund seiner medizinischen Vorkenntnisse Art und Schweregrad der in Betracht kommenden Maßnahmen sowie die mit ihnen verbundenen Risiken und Belastungen hinreichend erfasst hatte. 50

Soweit die Zeugin Dr. u bekundete, der Kläger habe ihr gegenüber geäußert, er sei ja selber Arzt und wisse über den Umfang des Eingriffs und dessen Risiken Bescheid, konnte dieser Äußerung nach den Gesamtumständen - auch im Zusammenhang mit dem späteren "unbesehenen" Unterzeichnen der Einwilligungsformulare - jedenfalls *nicht ein wirksamer Patientenverzicht auf eine vollständige Eingriffs- und Risikoaufklärung* entnommen werden. Den Verzicht auf eine vollständige Eingriffsaufklärung muss der Patient deutlich und unmissverständlich erklären; auch darf er nicht auf der irrigen Annahme nur geringer Risiken eines bevorstehenden Eingriffs beruhen; darüber hat der aufklärende Arzt sich Klarheit zu verschaffen (vgl. Frahm/Nixdorf, aaO, Rdnr. 172 m.w.N.).- Vorliegend konnte sich die mit der Aufklärung des Klägers betraute Zeugin aufgrund von dessen Verhaltens nicht sicher sein, dass ihr Gesprächspartner mit dem Hinweis auf die Kenntnisse seines eigenen (abweichenden) Medizinberufes auf die entscheidungsrelevanten Informationen zu Art, Umfang und Risiken des Eingriffs verzichten wollte. Dass die Zeugin Dr. u einem solchen Verzicht in der konkreten Gesprächssituation auch gar nicht ausgegangen ist, belegt ihre Aussage, wonach sie selbst sich durch die entsprechenden Äußerungen des Klägers nicht von ihrem Standardvorbringen im Zusammenhang mit dem anstehenden Eingriff habe abbringen lassen. 51

b) War zur Gewährleistung einer selbstbestimmten Einwilligung des Klägers in die (keineswegs gefahrlose) diagnostische wie therapeutische Koronarintervention mithin 52

grundsätzlich eine ärztliche Aufklärung zu Art und Schwere der Eingriffe unter Verschaffung eines allgemeinen Bildes des damit verbundenen konkreten Risikospektrums erforderlich, hat der Senat hat bereits erhebliche Bedenken, ob dies im Hinblick auf die (realisierte)Komplikation eines Gefäßverschlusses während der PTCA mit ggfls. nur durch auswärtiges chirurgisches Backup zu beherrschenden Folgen ausreichend geschehen ist.

Der Sachverständige Dr. M2 hatte hierzu bereits erstinstanzlich dargelegt, dass sich beim Kläger durch den während der PTCA aufgetretenen Verschluss eines Herzkranzgefäßes mit der Folge eines Hinterwandinfarktes *eine eingriffstypische nicht sicher vermeidbare Komplikation eingestellt* habe. Ein Patient, der zur Koronarintervention und PTCA vorgesehen sei, werde deshalb über die "seltene, doch schwere Komplikation eines Gefäßverschlusses mit Ausbildung eines Infarktes aufgeklärt". Unter Hinweis auf die - auch schon zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung existierenden - Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur perkutanen Koronarintervention (PCI) hat Dr. M2 mit Blick auf diese Komplikation weiter dargelegt, dass die Häufigkeit notfallmäßiger chirurgischer Eingriffe bei koronarinterventionellen Prozeduren sich in einer Größenordnung von etwa 1 % bewege; dabei hafte der (dann) notfallmäßigen Bypass-OP ein höheres Morbiditäts- und Letalitätsrisiko als der elektiven Bypass-OP an, zu dem alle Faktoren beitrügen, die die Zeit zwischen Koronargefäßverschluss und chirurgischem Bypasseingriff verlängerten. *Bei umgehender Durchführung der Not-OP* seien Mortalität und Morbidität niedrig. *Suboptimal* sei auf diesem Hintergrund - bei in Deutschland lokal unterschiedlichen Bedingungen für den chirurgischen Stand by zu Koronarinterventionen im Herzkatheterlabor - ein chirurgisches Backup durch eine nicht in der Nähe gelegene Herzchirurgie mit Transportwegen von bis zu 30 Minuten. Der unter solchen (suboptimalen) Bedingungen eines chirurgischen Stand by zur PTCA vorgesehene Patient müsse über das Fehlen eines rasch verfügbaren Stand bys aufgeklärt werden. 53

Dr. M3 hat angesichts der unstreitig im Marienhospital C3 fehlenden Möglichkeit zu herzchirurgischen Eingriffen bei Notfällen im Rahmen dortiger Herzkatheter-interventionen bei organisiertem chirurgischem Backup durch das Herzzentrum E unter Anwendung der existierenden Leitlinienregelung in I. Instanz für erforderlich gehalten, dass der Kläger über das fehlende direkte chirurgische Backup habe aufgeklärt werden müssen. Bei seinen ergänzenden Erläuterungen im Senatstermin hat der Sachverständige sich schwergetan, die zu fordernden Inhalte der Patientenaufklärung mit Blick auf die schon seit Ende der 1990-er Jahre existierende Leitlinienformulierung zu konkretisieren, wonach "die Patientenaufklärung bei PCI in Institutionen ohne Herzchirurgie die Information des Patienten über den Transport einschließen" müsse. Er hat allerdings die in seiner Klinik geübte Praxis für ausreichend gehalten, den Patienten F3 zu informieren, dass die im Falle eines plötzlichen Gefäßverschlusses ggfls. notwendig werdende Nachoperation nicht im Hause gemacht werden könne, und nähere Informationen erst auf diesbezügliche Nachfrage des Patienten mitzuteilen. 54

Selbst ein solcher (niederschwelliger) Hinweis auf das suboptimale chirurgische Backup ist jedoch vorliegend dem Kläger im Vorfeld der Maßnahmen vom 23.01.2004 nicht erteilt worden. Der Beklagte zu 2. hat eingeräumt, diesen Punkt nicht angesprochen zu haben. Die mit dem Aufklärungsgespräch am 23.01.2004 betraute Zeugin Dr. u hat zwar - wie ihre vor dem Senat bestätigten Angaben bei ihrer erstinstanzlichen Vernehmung ergeben haben - den Kläger nach seiner stationären Aufnahme zur Koronarintervention anhand des Y3-Aufklärungsbogens zur PTCA über die Gefahr von Gefäßverschlüssen, konsekutivem Herzinfarkt mit schlimmstenfalls eintretender Todesfolge unterrichtet. Jedoch hat auch die Zeugin auf Nachfrage des Senates eingeräumt, lediglich F3 angesprochen zu haben, dass 55

die Eingriffskomplikationen einen herzchirurgischen Folgeeingriff nötig machen könnten, wobei sie nicht erwähnt habe, dass hierzu zwingend eine Verlegung in ein kooperierendes Herzzentrum erforderlich sei.

Der Senat hat Bedenken, ob dieser Hinweis ausreichte, um dem Kläger hinreichend zu verdeutlichen, dass im (wenngleich seltenen) Falle der Gefäßverschlusskomplikation während der bei ihm vorgesehenen Koronarkatheterintervention die notfallmäßige herzchirurgische Versorgung nur unter Inkaufnahme von Transportwegen in eine auswärtige Klinik (und den damit verbundenen Einschränkungen wie Gefahren) möglich sein würde.

56

Zwar kann eine Haftung für Aufklärungsversäumnisse entfallen, wenn der Patient über das betreffende Risiko bereits anderweitig aufgeklärt worden war (vgl.: OLG Hamm, U. v. 15.06.2005 - 3 U 289/04 - Juris-Rdnr. 40 m.w.N.) – was das Landgericht offenbar insofern angenommen hat. Auch wenn der Kläger hier unstreitig wusste, dass im Marienhospital C3 keine Herzchirurgie vorhanden war, musste er daraus kaum zwingend folgern, dass dieser Umstand gerade im Fall des ihm als Risiko mitgeteilten lebensbedrohlichen Koronargefäßverschlusses mit OP-Indikation wegen eines dann zwingend notwendigen Transportes von erheblicher Relevanz für die Rettung seines Herzens - wenn nicht sogar Lebens - sein konnte. Aus Sicht des Senates spricht einiges dafür, dass dem Patienten hier angesichts des "suboptimalen" chirurgischen Backups zur zutreffenden Darstellung des Risikospektrums der beabsichtigten Intervention verdeutlicht werden musste, dass sich die Folgen des der angeratenen Intervention innewohnenden Gefäßverschlussrisikos durch das vorhandene indirekte chirurgische Backup signifikant verschärfen konnten, zumal dann, wenn eine indizierte Verlegung wegen der Abhängigkeit von der individuellen Transportfähigkeit des Patienten – wie hier – nicht immer gewährleistet ist (vgl. zur Aufklärungspflicht in Fällen, in denen das Risiko durch Wahl optimaler Bedingungen deutlich kleiner gehalten werden kann oder sich die apparative Ausstattung in der untersten Bandbreite der Norm hält: Steffen/Pauge, aaO, Rdnr. 381 a.E. und 382 m.w.N.).

57

Für die Entscheidung des Senates kann jedoch letztlich dahin stehen, ob die dem Kläger zuteil gewordene Eingriffs- und Risikoaufklärung ihm auch unter dem Gesichtspunkt des suboptimalen herzchirurgischen Backups die zu einer wirksamen Einwilligung erforderlichen Inhalte vermittelte.

58

c) Die von dem Beklagten am 23.01.2004 durchgeführten Herzkatheterinterventionen waren nämlich schon deshalb vorwerfbar rechtswidrig, weil die Eingriffs- und Risikoaufklärung des Klägers - auch bei unterstellter inhaltlicher Vollständigkeit - unter Berücksichtigung der Gesamtumstände des zu entscheidenden Falles *jedenfalls verspätet* erfolgte.

59

Es entspricht ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (vgl.: BGH, VersR 1992, 960 f.; 1998, 766; VersR 2003, 1441 ff. - jeweils m.w.N.) wie auch des erkennenden Senates (vgl. OLG Hamm, U. v. 15.06.2005 - 3 U 289/04 - Juris Rdnr. 39), dass der Patient vor einem bevorstehenden (diagnostischen oder therapeutischen) Eingriff, der mit nicht nur geringen Belastungen verbunden ist, so rechtzeitig aufgeklärt werden muss, dass er durch hinreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe seine Entscheidung und damit sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahren kann. Als Grundsatz muss gelten, dass die Aufklärung unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Umstände so früh wie nötig zu erfolgen hat, um den erforderlichen Rechtsschutz zu erreichen. (BGH, VersR 1992, 960 ff. - Juris Rdnr. 15). Zum Schutz des Selbstbestimmungsrechtes eines Patienten ist es erforderlich, dass ein Arzt, der einem Patienten die Entscheidung über die Duldung eines operativen Eingriffs abverlangt und für diesen bereits einen Termin bestimmt, nicht nur umfassend über die Vorteile der Operation

60

informiert, sondern ihm auch die Risiken aufzeigt, die mit dem Eingriff verbunden sind. Es sind keine medizinischen Interessen erkennbar, die es generell geboten erscheinen lassen, mit der Risikoaufklärung bis zum Tage der Aufnahme zu warten. Die Wirksamkeit einer späteren, als zum Zeitpunkt der Terminvereinbarung für den Eingriff erfolgten Risikoaufklärung (und der auf ihr beruhenden Einwilligung) hängt davon ab, ob unter den gegebenen Umständen der Patient noch ausreichend Gelegenheit hat, sich in den durch seine Krankheit begrenzten Möglichkeiten innerlich frei zu entscheiden (BGH, VersR 1992, 960 ff.; VersR 2003, 1441 ff.). Schon die Aufklärung am Vorabend einer Operation nach erfolgter stationärer Aufnahme wird einen Patienten in der Regel überfordern, wenn er dabei überraschend erstmals von schwerwiegenden Risiken mit möglichen entscheidenden Auswirkungen auf die künftige Lebensführung erfährt (BGH, aaO; OLG Oldenburg, VersR 1994, 221); denn der Patient wird oftmals die für den stationären Aufenthalt notwendigen Dispositionen getroffen und sich innerlich auf den geplanten Eingriff eingestellt haben, wodurch sich bereits eine psychische Barriere aufgebaut haben kann, die bereits erklärte Operationsbereitschaft zu widerrufen (BGH, VersR 1992, , 960 ff.). Sogar bei größeren ambulanten Eingriffen mit beträchtlichen Risiken wird eine Aufklärung des Patienten erst am Tag des Eingriffs vielfach verspätet sein, weil sie den Patienten in der Verarbeitung der ihm mitgeteilten Fakten zu gravierenden Risiken überfordert und gewöhnlich Untersuchungen vorangehen, in deren Rahmen die erforderliche Aufklärung bereits erteilt werden kann (BGH, VersR 2003, 1441 ff. m.w.N.). Lediglich bei normalen ambulanten und diagnostischen Eingriffen reicht es grundsätzlich aus, wenn die Aufklärung am Tag des Eingriffs erfolgte (BGH, aao m.w.N.).

Für die hier in Rede stehende invasive Koronardiagnostik und PTCA-Therapie hat der gerichtliche Sachverständige grundsätzlich darauf verwiesen, dass die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie *bei elektiven Herzkathetereingriffen eine ärztliche Patientenaufklärung spätestens am Tag vor der Maßnahme und bei Notfalleingriffen unverzüglich davor* verlange. Diese Regelung habe auch schon zur Zeit der hier streitigen Behandlung bestanden. Allerdings hat sich der Sachverständige schwer getan, die im vorliegenden Fall gegebene Konstellation – die kein hoch elektives Vorgehen und auch keine reine Akutsituation gewesen sei - den genannten Leitlinienregelungen zum Zeitpunkt der Aufklärung eindeutig zuzuordnen. 61

Die für die ordnungsgemäße Aufklärung darlegungs- und beweisbelasteten Beklagten haben vorliegend zu den geführten Aufklärungsgesprächen vorgetragen, der Beklagte zu 2. habe bereits am 21.01.2004 (Mittwoch) anlässlich des auffälligen EKG's mit infarkttypischen Hebungen dem Kläger die Durchführung einer Koronarangiographie mit evtl. anschließender PTCA dringend nahegelegt und - weil der Kläger zunächst bis zum Freitagnachmittag seine Praxis ordnen wollte - seine Vorstellung zur stationären Aufnahme für diesen Zeitpunkt verabredet. Anlässlich der stationären Aufnahme am 23.01.2004 soll mit dem Kläger "nochmals ein sehr ausführliches bzw. umfassendes Aufklärungsgespräch" durch die Zeugin Dr. u geführt worden sein. Der Kläger hat demgegenüber jede Vorerörterung des Eingriffs mit dem Beklagten zu 2. am Mittwoch und auch die Erörterung von dessen Risiken und Komplikationen durch die Mitarbeiterin Dr. u der Beklagten zu 1. am Freitag in Abrede gestellt. 62

Nach dem Gesamtergebnis der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme vermag der Senat *nicht* festzustellen, dass dem Kläger die signifikante Risiken des ihm angeratenen Eingriffs (diagnostische Koronarangiographie in PTCA-Bereitschaft) - insbesondere das verwirklichte bedeutsame Risiko eines Gefäßverschlusses mit konsekutivem lebensbedrohlichem Herzinfarkt und möglichen Folgeeingriffen - so rechtzeitig vor der am 63

23.01.2004 spätnachmittags begonnenen Koronarintervention mitgeteilt wurden, dass ihm eine selbstbestimmte, unter Abwägung des Für und Wider getroffene Entscheidung ermöglicht worden wäre.

Die Zeugin Dr. u hat in beiden Instanzen bekundet, den Kläger nach dessen stationärer Aufnahme zur Herzkatheteruntersuchung am Freitag anhand der Y3-Aufklärungsbögen über den Eingriff und über die mit dem Vorgehen verbundenen Risiken aufgeklärt zu haben. Sie habe dabei zu den möglichen Risiken von Gefäßsperrungen durch die Ballondilatation, des Herzinfarktes, der Herzrhythmusstörung wie der Verletzung von Herzkranzgefäßen informiert und als schlimmsten Fall auch den Tod des Patienten erwähnt. Zum Zeitpunkt dieses Gespräches führte die Zeugin bereits im Kammertermin aus, es habe stattgefunden, nachdem sie den Kläger, der "zum Herzkatheter gekommen sei", körperlich untersucht habe und sie "am Ende mit den vorbereitenden Maßnahmen" gewesen sei. Das Aufnahmeverfahren einschließlich des geführten Aufklärungsgespräches habe etwa ½ Stunde gedauert. Ergänzend ist dem von der Zeugin erstellten "Gedächtnisprotokoll zur stationären Aufnahme" des Klägers vom 21.10.2005 zu entnehmen, dass der Patient von ihr am 23.01.2004 "stationär aufgenommen wurde, einen venösen Zugang, eine Routineblutentnahme und ein EKG erhielt und *dann* über die geplante Koronarangiographie in PTCA-Bereitschaft aufgeklärt wurde." Das in den Behandlungsunterlagen der Beklagten befindliche "Ereignisprotokoll" weist den Aufnahmezeitpunkt des Patienten für 16.48 Uhr, das EKG für 16.51 Uhr und den Untersuchungsbeginn für 17.22 Uhr aus. Bereits dieser von der Zeugin geschilderte und durch die Ereignisdokumentation der Beklagten bestätigte zeitliche Ablauf am 23.01.2004 zeigt, dass der Kläger sich bei seiner stationären Aufnahme einem auf die Durchführung der angeratenen Koronarintervention zugeschnittenen Prozess ausgesetzt sah, der ihm die erforderliche Bedenkzeit in Anbetracht der möglichen erheblichen Folgen des Eingriffs für seine Lebensführung nicht ermöglichte. Nachvollziehbar hat der Kläger insoweit bei seiner Anhörung durch den Senat seine Situation bei der Unterschrift unter die Einwilligungsdokumentation am 23.01.2004 mit den Worten beschrieben, dass er das Gefühl gehabt habe, es sei "gleich 5 vor 12" und "es gehe jetzt los".

Die Beklagten können sich auch nicht erfolgreich darauf berufen, dass in Abhängigkeit von den Vorkenntnissen des Patienten von dem vorbestehenden Eingriff bei stationären Behandlungen eine Aufklärung im Verlaufe des Vortages genügen kann (vgl. BGH, VersR 1998, 766 ff.; 2003, 1441 ff.; VersR 2007, 66 ff.). Abgesehen davon, dass hier bei stationär durchgeführter Koronarintervention gerade *nicht am Vortag* aufgeklärt worden ist, kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass dem Kläger schon im Vorfeld der Maßnahmen - d.h. gelegentlich anderweitiger Gespräche - der Eingriff *und* seine wesentlichen Komplikationen dargestellt worden waren (vgl. etwa : OLG Saarbrücken, OLGR 2000, 401; Hamm, VersR 1995, 1440; OLG Oldenburg, VersR 1994, 221).- Der hierzu persönlich angehörte Beklagte zu 2. hat zu dem Inhalt des von ihm am 21.01.2004 (2 Tage vor der Koronarintervention) geführten persönlichen Gespräches lediglich bestimmt und überzeugend darlegen können, dass er dem Kläger die *Risiken des Zuwartens* mit der dringend angeratenen Untersuchung (nämlich die Gefahr eines Hinterwandinfarktes) eindringlich vor Augen geführt habe. Dazu, welche möglichen Komplikationen oder speziellen Risiken er dem Kläger genannt habe, konnte der Beklagte zu 2. nichts sagen - vielmehr nur spekulativ vermuten, Risiken "werde er ihm gesagt haben, wenn man nichts tut und auch, wenn man etwas unternimmt". Den Bekundungen des Beklagten zu 2. bei seinen Anhörungen in beiden Instanzen ist zudem zu entnehmen, dass er die Führung des maßgeblichen Aufklärungsgespräches als Grundlage der Patienteneinwilligung des Klägers der Zeugin Dr. u (am Aufnahmetag) zugedacht hatte. Wie er schon erstinstanzlich vor der Kammer ausführte, hatte er - nicht nur bezogen auf den Kläger, sondern ganz generell - die Anweisung erteilt, dass "Patienten in dieser Situation von

Frau Dr. u aufgeklärt werden". Auch im Senatstermin hat der Beklagte zu 2. diese Handhabung bestätigt und im Rahmen der Erörterungen zur Aufklärungsthematik des chirurgischen Backups darauf verwiesen, dass er diesen Punkt am Mittwoch dem Kläger gegenüber eher nicht angesprochen haben werde, da dieser ja zunächst vor der Untersuchung wieder nach Hause gegangen sei. Weitere Informationsgespräche hat es mit dem Kläger unstreitig nicht gegeben.

Der Senat vermag nach alledem nicht zu erkennen, dass dem Kläger in einer Gesamtschau der am 21. und 23.01.2009 geführten Gespräche die wesentlichen Eingriffsrisiken so rechtzeitig mitgeteilt wurden, dass ihm dies die selbstbestimmte Abwägung seiner Entscheidung über das angeratene invasive Vorgehen ermöglicht hätte. 66

Ohne Erfolg machen die Beklagten insoweit geltend, es habe sich wegen eines jederzeit drohenden Hinterwandinfarktes - dessen Anzeichen die ST-Streckenhebungen im EKG am Mittwoch gewesen seien - um eine Notfalldiagnostik und sodann - intervention gehandelt, bei der naturgemäß eine Aufklärung des Patienten nur F3fristig vor dem Eingriff durchgeführt werden könne. Wie nicht zuletzt der Arztbrief des Beklagten zu 2. vom 23.01.2004 über die Vorgeschichte der stationären Aufnahme zum Ausdruck bringt, war seit dem Gespräch am Mittwoch die Vorstellung des Klägers "zur dringlichen invasiven Diagnostik *und ggfls. Therapie*" für den Freitagnachmittag geplant. Der - vom gerichtlichen Sachverständigen wie von Prof. Dr. L bestätigte - Umstand, dass dem Kläger jedenfalls seit dem Mittwoch ein Herzinfarkt drohte und die Koronarintervention deshalb auch nach der Vorstellung des Beklagten zu 2. dringend indiziert war, entband die Beklagten deshalb nicht davon, den Patienten so rechtzeitig vor der stationären Aufnahme über den Eingriff und dessen Risikospektrum zu informieren, dass er sich innerhalb des durch den Befund begrenzten Rahmens frei entscheiden konnte, ob, wann und ggfls. wo er die ihm angeratene Diagnostik nebst ggfls. angeschlossener Therapie durchführen lassen wollte. 67

Auch der gerichtliche Sachverständige hat im Senatstermin die Auffassung vertreten, der Kläger habe dann nicht erst am Freitag über die geplanten Koronarinvasiven Maßnahmen zur Diagnostik und ggfls. Therapie aufgeklärt werden dürfen, wenn – wie hier - die Entscheidung zu deren Durchführung schon am Mittwoch gefallen sei. Gerade weil die Koronarintervention trotz ihrer Dringlichkeit noch nicht am Mittwoch, dem 21.01.2004, durchgeführt wurde, sondern der Kläger zunächst wieder nach Hause gehen durfte, hätten die Beklagten zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Klägers den zeitlichen Rahmen im Interesse einer umfassenden Aufklärung zu den Vor- und Nachteilen des Eingriffs sowie seinen Risiken nutzen müssen. 68

d) Ohne Erfolg berufen sich die Beklagten schließlich darauf, der Kläger würde auch im Falle einer frühzeitigeren Aufklärung in das erfolgte koronarinvasive Vorgehen eingewilligt haben (Einwand der hypothetischen Einwilligung). 69

Der Senat hat den Kläger persönlich zu dieser Frage angehört. Dieser hat - wie bereits dargestellt - nachvollziehbar geschildert, nach seinem Erscheinen im Krankenhaus mit Blick auf die bevorstehende Herzkatheteruntersuchung aufgeregt gewesen zu sein und die Informationsbögen allenfalls überflogen zu haben. Er habe sich so F3 vor dem Eingriff keine vertieften Gedanken gemacht, was alles an Komplikationen kommen könne. Weiter hat der Kläger ausgeführt, dass er sich "sicher mehr Zeit genommen hätte, sich mit den Einzelheiten zu befassen und die Sache gründlicher zu überdenken", wenn er die Bögen ein oder zwei Tage vorher gehabt hätte. Es erscheint dem Senat plausibel, dass der Kläger - auch weil er selbst Arzt ist - bei rechtzeitigen Hinweisen auf die gravierenden, wenngleich seltenen Risiken (auch bzgl. der Notwendigkeit von lebensrettenden Folgeeingriffen) zumindest 70

schwankend geworden wäre, ob er die Maßnahmen wie geplant im Hause der Beklagten zu 1. durchführen lassen sollte. Eine hypothetische Einwilligung steht demnach keinesfalls fest, was zu Lasten der insoweit beweisbelasteten Beklagten geht.

4. Die Beklagten haften wegen der vorwerfbar verspäteten Aufklärung gesamtschuldnerisch für alle gesundheitlichen Folgen der ohne wirksame Patientenzustimmung durchgeführten Koronarintervention vom 23.01.2004.

71

Diese hatte - wie den gutachterlichen Ausführungen des Sachverständigen Dr. M2 auf der Grundlage der umfangreich beigezogenen Behandlungsunterlagen zu entnehmen ist - einen Verschluss der dominanten rechten Koronararterie mit Ausbildung eines AV-Blocks III. Grades mit konsekutiver Schrittmacherpflichtigkeit und kardiogenem Schock zur Folge; trotz langer Intervention konnte das Herzkranzgefäß nur zu einem geringen Anteil rekanalisiert werden. Unter Intensivbedingungen verbesserte sich der hämodynamische Zustand nur vorübergehend, der Kläger war beatmungs- und vorübergehend auch dialysepflichtig. Bei der im weiteren Verlauf höchstgradig eingeschränkten linksventrikulären Funktion und konsekutivem kardiogenem Schock verschlechterte sich sein Kreislaufzustand erneut, so dass am 25.01.2004 per Intensivmobil die Verlegung in das Herzzentrum C erfolgte. Hier erhielt der Kläger zunächst eine intraaortale Ballonpumpe und sodann ein biventrikuläres Unterstützungssystem (sog. Kunstherz) implantiert. Es zeigten sich im weiteren Verlauf mehrere kleine Schlaganfälle mit behandlungsbedürftiger Sprachstörung und inkompletten Paresen. Der Kläger konnte zunächst am 13.04.2004 aus der stationären Behandlung des Herzzentrums entlassen werden, musste sich jedoch im Juni 2004 erneut notfallmäßig dort behandeln lassen, nachdem er bei offensichtlicher Fehlfunktion des Kunstherzens in einen hypotonen Kreislaufzustand geraten war. Am 28.08.2004 erhielt der Kläger eine - komplikationslos verlaufende - Herztransplantation, wobei die dazu erforderliche stationäre Behandlung bis zum 24.09.2004 andauerte. Seither erfolgten wiederholte Vorstellungen dort zur Kontrolle bei komplikationslosem Verlauf. Der Kläger unterzog sich zudem vom 13.04.2004 - 03.06.2004 und vom 05.10.2004 - 13.06.2005 teilstationären neurologischen Rehabilitationsbehandlungen im Prosperzentrum C3 bei Zustand nach Hirninfarkt im Stromgebiet der Arteria cerebri media links. Dort wurde er ausweislich des Entlassungsberichtes des Knappschaftskrankenhauses C3 vom 04.08.2005 wegen elementarer neurologischer Funktionsstörungen nach embolischen Hirninfarkten im Rahmen der Akutsituation vom Januar 2004 wegen einer Hemiparese rechts mit Gangataxie sowie Feinmotorikstörung, wegen einer motorischen Aphasie, einer Dyslexie sowie einer Hemianopsie nach rechts und neuropsychologischen Defiziten (Konzentrations- und Orientierungsstörungen) behandelt. Wie sich aus der vorgelegten Bescheinigung der Dipl.- Psychologin K vom 27.07.2009 ergibt, befindet sich der Kläger dort seit dem 11.04.2005 unter der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung und mittelgradiger depressiver Episode in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung, wobei er im Laufe der bisherigen Behandlung hinsichtlich der Depression auf einem symptomreduzierten Niveau stabilisiert sei.

72

Unter Berücksichtigung des dargestellten Ausmaßes und der Schwere der infolge des Eingriffs vom 23.01.2004 eingetretenen Gesundheitsbeeinträchtigungen einschließlich der aus ihnen resultierenden dauerhaften Folgen für die Lebensführung des im Schädigungszeitpunkt erst 44-jährigen Klägers erachtet der Senat das zuerkannte Schmerzensgeld i.H.v. 100.000,- € für erforderlich, aber auch angemessen, um ihn für die eingetretenen wie vorhersehbaren immateriellen Einbußen zu entschädigen. Der Senat hat dabei auch berücksichtigt, dass der Kläger - wie seine persönliche Anhörung glaubhaft ergab - besonders darunter leidet, dass er seinen wertgeschätzten Arztberuf hat aufgeben müssen

73

und nun erwerbsunfähig ist. Die Höhe des Schmerzensgeldes soll ebenso dem Umstand Rechnung tragen, dass der Kläger sich durch seine körperlichen Beeinträchtigungen im familiären Umfeld unzureichend leistungsfähig fühlt und wegen der durch die Herztransplantation gebotenen Dauermedikation weitere körperliche Beeinträchtigungen infolge von Nebenwirkungen befürchtet.

5. Der auf das Schmerzensgeld zuerkannte Zinsanspruch beruht auf §§ 291, 288 BGB. 74
6. Die zulässige Feststellungsklage ist ebenfalls begründet. Die Beklagten haben wegen der von ihnen zu verantwortenden verspäteten Aufklärung die materiellen Folgen der aus dem rechtswidrigen körperlichen Eingriff vom 23.01.2004 resultierenden Gesundheitsschäden zu tragen. Gleiches gilt für etwaige nicht vorhersehbare immaterielle Schadensfolgen, die angesichts der Schwere und Dauerhaftigkeit der bereits eingetretenen Schäden vernünftigerweise nicht auszuschließen sind. 75
7. Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 91 I, 708 Zif. 10, 711 ZPO. 76
- Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 543 II ZPO nicht vorliegen. 77