
Datum: 08.02.2010
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 51/09
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2010:0208.3U51.09.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 1 O 203/07

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 28.01.2009 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin 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.

Die am 16.02.1939 geborene Klägerin ist Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie. Sie litt seit vielen Jahren an rezidivierender Divertikulitis. Es waren bereits mehrere Schübe der Divertikulitis aufgetreten. Am 13.05.2004 wurde in C ein Röntgen-Kontrasteinlauf durchgeführt, der eine Divertikulose im Bereich des Colon descendens ergab. Im Rahmen der Frage nach einer operativen Sanierung ging es der Klägerin speziell darum, dass die stationäre Behandlung möglichst kurz sein sollte, damit sie ihre Tätigkeit in ihrer ärztlichen Privatpraxis möglichst schnell wieder aufnehmen konnte. Von ihrem damaligen Behandler

1

2

3

wurde die Klägerin daraufhin an die Klinik für Chirurgie und Zentrum invasive Chirurgie der Kliniken C2 verwiesen, deren Trägerin die Beklagte zu 1) ist. Dort führte sie am 24.05.2004 nach einem Erstgespräch mit dem Leitenden Oberarzt der Klinik ein Gespräch mit dem Beklagten zu 2), dem Chefarzt der Klinik. In diesen Gesprächen, bei denen die Klägerin viele Nachfragen stellte, wurden der Klägerin die laparoskopisch assistierte Operationsmethode sowie das Fast-Track-Konzept, welches u. a. durch eine sofortige Nahrungsaufnahme nach der Operation gekennzeichnet ist, erläutert. Im Anschluss daran entschloss sich die Klägerin zur Durchführung einer solchen Operation.

Am 19.07.2004 erfolgte die stationäre Aufnahme der Klägerin. Dort führte die Beklagte zu 4), die seinerzeit Ärztin im Praktikum war, noch am selben Tag ein Gespräch mit der Klägerin, in welchem sie ihr u. a. anhand einer von ihr gefertigten Zeichnung auf einem Aufklärungsbogen über eine Dickdarmresektion bei Divertikelkrankheit den technischen Ablauf einer laparoskopischen Operation erläuterte. Der von der Klägerin und der Beklagten zu 4) unterschriebene Aufklärungsbogen enthält verschiedene handschriftliche Angaben der Beklagten zu 4) in der Rubrik „Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch“, so u. a. auch einen Hinweis auf eine „Nahtinsuffizienz“; zudem erklärte die Klägerin hierin, dass sie von der Beklagten zu 4) über die geplante Operation ausführlich informiert worden sei, keine weiteren Fragen habe, sich genügend informiert fühle und in die geplante Operation einwillige. Am 20.07.2004 führte der Beklagte zu 2) bei der Klägerin die laparoskopisch assistierte Sigmaresektion durch. Im postoperativen Verlauf verschlechterte sich der Zustand der Klägerin; am 24.07.2004 trat Fieber auf. Am 25.07.2004 veranlasste der Beklagte zu 2) zur Kontrolle einen Röntgen-Kontrasteinlauf, der jedoch einen regelrechten postoperativen Status ergab. Da die Beschwerden der Klägerin weiter anhielten, führte der Beklagte zu 2) am 27.07.2004 selbst eine Rektoskopie durch, die ärztlicherseits ebenfalls ohne Befund blieb. Am 28.07.2004 ließ der Beklagte zu 2) erneut einen Röntgen-Kontrasteinlauf bei der Klägerin durchführen; dieser ergab die Feststellung der Undichtigkeit des Darms im Bereich der Anastomose. Nach einem Gespräch zwischen der Klägerin und dem Beklagten zu 2) führte dieser noch am 28.07.2004 bei der Klägerin in der Zeit von 17:30 – 19:30 Uhr unter der Diagnose „Anastomoseninsuffizienz“ eine laparoskopische (Not-) Revisionsoperation mit gleichzeitiger vorübergehender Anlage eines künstlichen Darmausgangs durch. Die Operation ergab das Vorliegen einer Bauchfellentzündung (Peritonitis). Am 12.08.2004 wurde die Klägerin aus der Klinik entlassen.

Am 13.08.2004 erfolgte die stationäre Aufnahme der Klägerin im Krankenhaus in D, in welchem sie am 14.08.2004 laparotomisch wegen eines Dünndarmverschlusses operiert wurde. Nach ihrer Entlassung am 30.08.2004 war die Klägerin in der Zeit vom 25.10. bis zum 06.11.2004 erneut in stationärer Behandlung des Krankenhauses in D wegen der Rückverlegung des Ileostomas.

Mit der vorliegenden Klage hat die Klägerin gestützt auf von ihr eingeholte Privatgutachten des Prof. Dr. T vom 04.10.2006, vom 14.06.2008 sowie aus Dezember 2008 Schadensersatzansprüche wegen behaupteter Behandlungs- und Aufklärungsfehler im Zusammenhang mit ihrer stationären Behandlung vom 19.07. bis zum 12.08.2004 im Klinikum C2 geltend gemacht. Die Operation vom 20.07.2004 sei ihrer Ansicht nach sowohl hinsichtlich der Wahl der laparoskopischen statt der vorzugswürdigeren laparotomischen Methode als auch in der technischen Ausführung fehlerhaft gewesen, so dass hierdurch die Anastomoseninsuffizienz entstanden sei. Auch die operative Nachsorge sei unzulänglich gewesen, da insbesondere der auf ein Entzündungsgeschehen im Körper hindeutende CRP-Wert nicht gemessen und die Fast-Track-Methode beibehalten worden sei, was dazu geführt habe, dass die Anastomoseninsuffizienz sowie sich eine hieraus entwickelnde Vier-

Quadranten-Peritonitis zu spät entdeckt worden seien. Bei der Rektoskopie vom 27.07.2004 habe der Beklagte zu 2) einen sichtbaren schwarzen Punkt unbeachtet gelassen, der auf die Anastomoseninsuffizienz hingedeutet habe. Der Beklagte zu 2) habe ihr schon vor wie auch nach der Revisionsoperation vom 28.07.2004 mitgeteilt, dass eine den gesamten Bauchraum erfassende Vier-Quadranten-Peritonitis vorliege, so dass schon aus diesem Grund diese Operation nicht laparoskopisch hätte vorgenommen werden dürfen. Eine ausreichende Aufklärung über die besonderen Risiken der laparoskopischen Vorgehensweise sei nicht erfolgt. Die handschriftlichen Angaben in dem Aufklärungsbogen unter der Rubrik „Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch“ habe die Beklagte zu 4) erst nachträglich ergänzt.

Das Landgericht Essen hat die Klage nach Einholung von schriftlichen Sachverständigengutachten des Dr. P vom 18.04. und 27.08.2008 sowie ergänzender Anhörung des Sachverständigen durch das am 28.01.2009 verkündete Urteil abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Behandlungsfehler seien weder bei der Durchführung der beiden Operationen noch im Rahmen der operativen Nachsorge feststellbar. Aufklärungsdefizite bestünden ebenfalls nicht, da die Klägerin sowohl durch das Gespräch mit dem Beklagten zu 2) vom 24.05.2004 als auch durch das am 19.07.2004 mit der Beklagten zu 4) geführte Gespräch mittels eines Aufklärungsbogens ausreichende Informationen erhalten habe; die Operation vom 28.07.2004 sei eine Notfallmaßnahme gewesen, so dass die Klägerin wegen der besonderen Dringlichkeit ohnehin keine andere Wahl gehabt habe.

Mit ihrer hiergegen gerichteten Berufung verfolgt die Klägerin ihre erstinstanzlichen Klageziele weiter. Sie vertieft zur Begründung ihres Rechtsmittels unter Bezugnahme auf weitere privatgutachterliche Stellungnahmen des Prof. Dr. T vom 26.03. und 05.05.2009 sowie medizinische Unterlagen ihr erstinstanzliches Vorbringen. Aufgrund der ihrer Ansicht nach einseitigen und unzureichenden Begutachtung durch den gerichtlichen Sachverständigen sei die Einholung eines weiteren medizinischen Gutachtens erforderlich.

Die Klägerin beantragt,

unter Abänderung des landgerichtlichen Urteils,

1.

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld aus der fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung zwischen dem 19.07. und dem 12.08.2004 zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 50.000,-- Euro nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 01.04.2005,

2.

die Beklagten weiter als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 2.416,13 Euro nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz aus 2.233,?? Euro seit dem 01.11.2006, aus den verbleibenden 183,13 Euro seit dem 23.07.2007 zu zahlen,

3.

festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr sämtliche weiteren künftigen immateriellen und alle weiteren vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die ihr aus der fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung zwischen dem 19.07.

und dem 12.08.2004 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden,	
4.	17
festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, an sie den nicht anrechenbaren Teil der Geschäftsgebühr zu zahlen, und zwar in Höhe von 2.202,10 Euro nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 23.07.2007.	18
Die Beklagten beantragen,	19
die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.	20
Sie treten dem Rechtsmittel unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens entgegen und verteidigen das angefochtene Urteil.	21
Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Parteien wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst deren Anlagen ergänzend Bezug genommen.	22
Die Klägerin sowie die Beklagten zu 2) und 4) sind durch den Senat im Termin vom 08.02.2010 persönlich angehört worden. Zudem hat der Sachverständige Dr. P seine erstinstanzlichen Gutachten im Senatstermin mündlich erläutert. Wegen des Ergebnisses der Parteianhörung und der Beweisaufnahme wird auf das Protokoll des Senatstermins vom 08.02.2010 und den dazu gefertigten Berichterstattevermerk verwiesen.	23
Die Original-Krankenhausakte der Beklagten betreffend den stationären Aufenthalt der Klägerin hat dem Senat vorgelegen und war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.	24
II.	25
Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg.	26
1.	27
Der Senat vermag nach weiterer Beweisaufnahme – im Ergebnis übereinstimmend mit der angefochtenen Entscheidung – nicht festzustellen, dass im Rahmen des stationären Aufenthaltes der Klägerin im Klinikum C vom 19.07. bis zum 12.08.2004 ein von den Beklagten zu verantwortendes sorgfaltswidriges Behandlungsgeschehen erfolgt ist.	28
In der Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den in jeder Hinsicht überzeugenden Ausführungen des gerichtlich hinzugezogenen Sachverständigen Dr. P. Der Sachverständige hat sich nach äußerst gründlicher Auswertung der beigezogenen Behandlungsunterlagen eingehend mit dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen befasst. Seine erstinstanzlich erstatteten Gutachten hat Dr. P im Senatstermin unter sorgfältiger Einbeziehung des ergänzenden Parteivorbringens differenziert, fundiert und sachlich überzeugend erläutert. Der Sachverständige verfügt als Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in F sowohl über ein fundiertes theoretisches Wissen als auch über eine umfassende praktische Erfahrung. Diese Kompetenz und Praxiserfahrung des Sachverständigen stehen für den Senat nach der eingehenden Befragung im Senatstermin ebenso außer Zweifel wie seine gutachterliche Objektivität. Der Sachverständige hat die zur Haftungsbeurteilung relevanten medizinischen Erwägungen in der Beurteilung des streitgegenständlichen Behandlungsgeschehens auch für den medizinischen Laien gut	29

nachvollziehbar dargestellt; den fachlichen Einwendungen der privatgutachterlich beratenen Klägerin ist er sowohl im Rahmen seiner schriftlichen Begutachtung als auch im Senatstermin überzeugend argumentativ entgegen getreten. Die besondere Überzeugungskraft seiner Ausführungen folgt auch daraus, dass er langjährig mit der angewandten Operationstechnik vertraut ist.

Der zusätzlichen Beauftragung eines weiteren Sachverständigen zur Klärung der zwischen den Parteien strittigen Fragen – wie von der Klägerin beantragt – bedurfte es nicht, zumal eine verfahrensrechtliche Pflicht zur Einholung eines weiteren (Ober?)Gutachtens nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGH, MDR 2006, 287 f.; VersR 1980, 533) nur ausnahmsweise besteht, nämlich bei besonders schwierigen Fragen, bei groben Mängeln des vorhandenen Gutachtens und dann, wenn ein neuer Gutachter über überlegene Forschungsmittel verfügt. Dr. P hat im Rahmen seiner Begutachtung alle zu klärenden Fragen fachkompetent beantworten können. Der von der Klägerin hinzugezogene Privatgutachter Prof. Dr. T hat demgegenüber keinerlei entscheidungserhebliche Gesichtspunkte des vorliegend zu beurteilenden Behandlungsgeschehens aufgezeigt, die von Dr. P nicht ausreichend beurteilt werden konnten.

a)

Aufgrund der kompetenten Ausführungen des Sachverständigen Dr. P, dessen herausragende fachliche Beurteilung den Senat vollständig überzeugt hat, geht der Senat hierbei davon aus, dass die laparoskopisch assistierte Vorgehensweise bei der am 20.07.2004 durchgeführten Sigmaresektion im Jahre 2004 für derartige Operationen grundsätzlich anerkannt ist und neben einer offenen laparotomischen Operation das standardmäßige Verfahren dargestellt hat. Es gibt auch keine Anhaltspunkte, dass die laparoskopische Vorgehensweise im konkreten Fall kontraindiziert gewesen ist. Der Sachverständige Dr. P hat hierzu im Rahmen seiner Befragung im Senatstermin nachvollziehbar dargelegt, dass eine derartige ? von der Klägerin gewünschte – minimalinvasive Vorgehensweise auch nicht aufgrund des Ergebnisses des Röntgen-Kontrasteinlaufs vom 13.05.2004 und aufgrund des Umstands, dass die Klägerin in der Vergangenheit bereits mehrere Schübe der Divertikulitis erlitten hatte, sowie aufgrund der von der Klägerin geschilderten Verwachsungen ausgeschlossen war, da die Indikation zur Vornahme einer operativen Sanierung gerade ein entsprechend fortgeschrittenes Krankheitsstadium voraussetzt. Ebenso nachvollziehbar hat der Sachverständige dargelegt, dass fast jeder Patient, der wegen einer Divertikulitis zu operieren ist, laparoskopisch (assistiert) operiert werden kann.

Des weiteren kann nicht festgestellt werden, dass die Operation am 20.07.2004 technisch fehlerhaft durchgeführt worden ist.

Zunächst kann entgegen der Behauptung der Klägerin nicht angenommen werden, dass vorliegend nur eine unzureichende (Teil-) Entfernung des Darms erfolgt sei. Eine solche Annahme folgt hierbei nicht aus dem von der Klägerin mit ihrer Berufung vorgelegten Koloskopiebericht vom 15.12.2004, der vorhandene einzelne Divertikel im Restsigma beschreibt. Hierzu hat der Sachverständige im Senatstermin überzeugend dargestellt, dass es nicht das Ziel des operativen Eingriffs gewesen sei, sämtliche Divertikel zu entfernen; vielmehr sei es Aufgabe des Operateurs gewesen, unter möglichst zu erreichender Erhaltung des Darms die entzündeten Divertikel aus der Hochdruckzone des Darms zu entfernen. Diesen Operationsbereich habe die Operation vom 20.07.2004 eingehalten.

30

31

32

33

34

35

Der Sachverständige hat ferner plausibel die klägerische Behauptung widerlegt, wonach der laparoskopisch gesetzte Absetzungsrand des Schnittes Pseudodivertikel erfasst habe, so dass die Anastomose im kranken Darmabschnitt geschlossen worden sei. Sowohl in seiner schriftlichen Begutachtung wie auch in seiner Anhörung durch den Senat hat der Sachverständige nachvollziehbar erklärt, dass bei der vorliegend durchgeführten laparoskopisch assistierten Darmresektion die eigentliche Resektion im offenen oralen Bereich unter Sicht erfolge, so dass insoweit kein Unterschied zur laparotomischen Vorgehensweise gegeben sei. Der in dem pathologisch-histologischen Bericht Dr. B vom 23./27.07.2004 beschriebene Pseudodivertikel sei ausweislich des Berichts im oralen, also im offenen Bereich gelegen gewesen, so dass aus diesem Divertikelbefund nicht der Rückschluss gezogen werden könne, dass entsprechende Divertikel auch die Naht erfasst hätten. Zusammenfassend hat der Sachverständige im Senatstermin zudem erläutert, dass die Naht anlässlich der Operation vom 20.07.2004 auch deshalb nicht falsch gesetzt worden sei, weil in diesem Fall die Undichtigkeit sofort, jedenfalls aber nicht erst am 28.07.2004 aufgetreten wäre. Hätte die Insuffizienz schon länger bestanden, hätte die Klägerin die Klinik nicht schon am 12.08.2004 verlassen können. Nach Auffassung des Sachverständigen handelte es sich im Ergebnis um eine kurzfristig aufgetretene Leckage, die wahrscheinlich erst am Morgen des 28.07.2004 entstanden ist.

b) 36

Es lässt sich ferner nicht feststellen, dass die operative Nachsorge, in deren Verlauf auf Beschwerden der Klägerin unter anderem am 25.07.2004 mit der Durchführung eines Röntgen-Kontrasteinlaufs, am 27.07.2004 mit der Vornahme einer Rektoskopie und am 28.07.2004 mit der Veranlassung eines neuen Röntgen-Kontrasteinlaufs reagiert worden ist, behandlungsfehlerhaft erfolgt ist. 37

Nach den Darlegungen des Sachverständigen lässt sich insbesondere nicht feststellen, dass die von der Klägerin in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellte unterlassene Messung des CRP-Wertes einen Behandlungsfehler darstellt. Insoweit hat Dr. P nachvollziehbar und praxisorientiert erläutert, dass der CRP-Wert bei Operationen im Dickdarmbereich wenig aussagekräftig sei, da allein schon Infektionen im Bereich der Bauchwand, wie vorliegend die anlässlich der nachfolgenden Operation vom 28.07.2004 beschriebene Infektion an der Bauchdecke, einen erhöhten CRP-Wert bewirken. Die postoperative Bestimmung des CRP-Wertes nach einer Sigmaresektion sei 2004 nach dem fachlichen Standard medizinisch nicht geboten gewesen. Die dokumentierten Maßnahmen seien ausreichend gewesen und ein evt. gemessener erhöhter CRP-Wert hätte vorliegend somit im Ergebnis auch nicht zur Durchführung weiterer Maßnahmen Anlass gegeben. Zu den mit der Berufung vorgelegten medizinischen Unterlagen, welche auf die Bedeutung des CRP-Wertes hinweisen, hat der Sachverständige im Rahmen seiner Anhörung durch den Senat ergänzend bemerkt, dass diese Positionen auf dem Deutschen Chirurgenkongress 2008 zurückgewiesen worden seien und in der Fachliteratur nicht akzeptiert werden. Schließlich hat Dr. P angegeben, dass es völlig spekulativ sei, ob eine CRP-Messung einen reaktionspflichtigen pathologischen Wert erbracht hätte. 38

Der Sachverständige hat außerdem auch die Beibehaltung des Fast-Track-Konzepts nicht beanstandet. Hierzu hat er plausibel ausgeführt, dass der von der Klägerin gerügte frühzeitige Kostenaufbau nur einen Bestandteil dieser Methode darstelle, die im Wesentlichen aus Elementen einer schonenden Operationsmethode, einer Schmerztherapie sowie einer Frühmobilisierung bestehe. Insbesondere hat der Sachverständige im Senatstermin erläutert, dass die verabreichte Schmerzmedikation sich im normalen Rahmen bewegt habe, der 39

dadurch gekennzeichnet sei, den Patienten möglichst schmerzarm zu halten. Zusammenfassend hat der Sachverständige erklärt, dass man an dem Konzept auch im weiteren postoperativen Verlauf nichts hätte ändern müssen, da vorliegend auf das Bestehen einer Anastomoseninsuffizienz hindeutende Entzündungszeichen unbeachtlich waren.

Entgegen der Behauptung der Klägerin geht der Senat nicht davon aus, dass in diesem Zusammenhang notwendige Untersuchungen wie das regelmäßige Abtasten des Bauches nicht durchgeführt worden seien. Der Beklagte zu 2) hat im Rahmen seiner persönlichen Anhörung durch den Senat nachvollziehbar geschildert, dass der Bauch eines Patienten regelmäßig bei jeder Visite untersucht werde; eine solche Nachsorge gehöre im Anschluss an Bauchoperationen standardmäßig dazu. Insbesondere hat der Beklagte zu 2) glaubhaft geschildert, dass man sich um die Klägerin Sorgen gemacht habe, nachdem am 24.07.2004 Fieber aufgetreten sei, was der Senat insbesondere aus den am 25., 27. und 28.07.2004 veranlassten abklärenden Untersuchungsmaßnahmen für belegt erachtet. Insoweit kann zu Lasten der Beklagten auch keine Verletzung ihrer Dokumentationspflichten deshalb angenommen werden, weil eine Bauchuntersuchung der Klägerin in den Krankenunterlagen lediglich für den 24.07.2004 im Hinblick auf die eingetretenen Fieberbeschwerden beschrieben ist. Der Senat folgt insoweit der Auffassung des Sachverständigen, wonach unauffällige Normalbefunde – wie z. B. das Abtasten des Bauches während einer Visite – nicht in den Krankenunterlagen dokumentiert werden müssen. 40

Aus den gleichen Erwägungen heraus war auch eine Dokumentation der aus Sicht des Beklagten zu 2) befundlosen Rektoskopie vom 27.07.2004 nicht geboten. Soweit die Klägerin behauptet, einen kleinen schwarzen Punkt bemerkt zu haben, vermag diese Wahrnehmung der Klägerin auch aus Sicht des Senats an der Annahme eines befundlosen Ergebnisses dieser Untersuchung nichts zu ändern, da der Sachverständige im Senatstermin hierzu ausdrücklich erklärt hat, dass bei der Rektoskopie am 27.07.2004 kein medizinisch relevanter schwarzer Punkt gesehen werden konnte, da eine dahingehende bildliche Darstellung überhaupt nur dann in Betracht komme, wenn die Insuffizienz abgeheilt sei. Bei einer frischen Insuffizienz, wie sie nach der Darstellung der Klägerin vorgelegen haben soll, sei ein Granulationswall, also gerötetes Gewebe, sichtbar. Die mit der Berufung vorgelegten Bilder von Nahtinsuffizienzen aus einem Endoskopie-Atlas zeigten daher allesamt keine frischen Befunde. 41

c) 42

Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der am 28.07.2004 laparoskopisch durchgeführten (Not-) Revisionsoperation lassen sich ebenfalls nicht feststellen. Insoweit weist der Senat zunächst darauf hin, dass der Umstand, dass selbst der von der Klägerin beauftragte Privatgutachter in seinem ursprünglichen Gutachten vom 04.10.2006 (S. 19) zu der Annahme gelangt ist, dass die zweite Operation „erfolgreich“ und „nicht zu beanstanden“ durchgeführt worden sei, die Überzeugungskraft der nachfolgend erhobenen Vorwürfe einschränkt. 43

Dessen ungeachtet kann in tatsächlicher Hinsicht nicht angenommen werden, dass die laparoskopische Vorgehensweise deshalb unangebracht gewesen sei, weil bereits eine Vier-Quadranten-Peritonitis vorgelegen habe. Hierzu hat der Sachverständige plausibel erklärt, dass der Operationsbericht vom 28.07.2004 eine frische und lokal begrenzte Peritonitis beschreibe. Ein solcher Befund erkläre auch den späteren Heilungsverlauf, da eine Vier-Quadranten-Peritonitis einen längeren Ausheilungszeitraum gebraucht hätte. Der Sachverständige hat zudem im Senatstermin nachvollziehbar erklärt, dass auch die Röntgenaufnahme vom 03.08.2004 keinen Anlass zu einer hiervon abweichenden Betrachtungsweise gebe, da die dort sichtbaren Pleura-und Perikardergüsse Ausdruck des 44

akuten Stadiums nach einer Operation seien und nicht auf das Vorliegen einer Vier-Quadranten-Peritonitis hindeuteten.

Behandlungsfehler der Beklagtenseite können danach in Bezug auf den genannten Krankenhausaufenthalt nicht festgestellt werden. 45

2. 46

Ansprüche der Klägerin bestehen ebenfalls nicht wegen einer unzureichenden Aufklärung. 47

Insoweit steht für den Senat auf der Grundlage der durchgeführten Parteianhörung fest, dass die Klägerin, die selbst Ärztin ist, in ausreichender Weise durch die Aufklärungsgespräche vom 24.05., 19.07. und 28.07.2004 über die mit den Operationen vom 20. und 28.07.2004 verbundenen Risiken sowie über die Besonderheiten der Fast-Track-Methode aufgeklärt worden ist. 48

Vor der Operation am 20.07.2004 wurde zunächst am 24.05.2004 nach einem Erstgespräch zwischen der Klägerin und dem Leitenden Oberarzt der Klinik ein Gespräch zwischen der Klägerin und dem Beklagten zu 2) geführt, in welchem unstreitig die laparoskopische Operationsmethode sowie das Fast-Track-Konzept vom Beklagten zu 2) dargestellt wurden und die Klägerin nach ihren eigenen Angaben auch die ihr als Ärztin in Grundzügen bekannte offene Methode der Laparotomie angesprochen hat. Ausweislich ihrer eigenen Angaben beim Landgericht hat die Klägerin eingehende Nachfragen gestellt. 49

Darüber hinaus ist die Klägerin in einem Aufklärungsgespräch vom 19.07.2004, dem ein Aufklärungsbogen über eine Dickdarmresektion bei Divertikelkrankheit zugrunde lag, von der Beklagten zu 4) über die Risiken der Operation, insbesondere die Möglichkeit einer entstehenden Nahtinsuffizienz aufgeklärt worden. Insoweit hat die Klägerin nicht zu beweisen vermocht, dass die Beklagte zu 4) die handschriftlichen Angaben in der Rubrik „Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch“ erst nachträglich ergänzt hat (vgl. zur Beweislast OLG Frankfurt, NJW 1994, 986 f.). Aufgrund der Anhörung der Beklagten zu 4) im Senatstermin ist der Senat vielmehr davon überzeugt, dass diese Eintragungen bereits im Zeitpunkt der Unterschriftsleistung der Klägerin auf dem Aufklärungsbogen vorgelegen haben und speziell das Risiko einer Nahtinsuffizienz auch in dem Gespräch aufgeklärt worden ist. Die Beklagte zu 4) hat nachvollziehbar erklärt, dass sie den Text schon in den Bogen eintrage, bevor sie zum Patienten gehe; das Risiko einer Nahtinsuffizienz sei ein Hauptpunkt, über den sie immer aufkläre. Diese Darstellung hält der Senat für plausibel und glaubhaft. Da es auch nach der von der Beklagten zu 4) geschilderten Version möglich ist, dass sie ihre Einträge mit verschiedenen Stiften durchgeführt hat, bedurfte es nicht der Einholung des von der Klägerin beantragten graphologischen Sachverständigengutachtens, da mit einem solchen Gutachten jedenfalls nicht der Nachweis geführt werden kann, dass die Beklagte zu 4) nachträgliche Ergänzungen vorgenommen hat. Letztlich ist die Frage auch nicht entscheidend, da aufgrund der Angaben der Beklagten zu 4) ohnehin feststeht, dass im Rahmen des unstreitigen Gesprächs das Nahtinsuffizienzrisiko mündlich aufgeklärt worden ist. 50

Schließlich besteht kein Anhaltspunkt dafür, dass die am 20.07.2004 laparoskopisch assistierte Sigmaresektion mit besonderen Risiken verbunden war, so dass eine Übertragung der vom Beklagten zu 2) geschuldeten Risikoaufklärung auf die Beklagte zu 4) möglich gewesen ist. Derartige außergewöhnliche Risiken der laparoskopischen Methode sind auf der Grundlage der Bekundungen des Sachverständigen nicht gegeben. Insoweit ist zunächst fest zu halten, dass sich demnach für den weiterhin offenliegenden Teil der Operation, in 51

welchem die Nahtvorbereitung erfolgt, keine Veränderungen gegenüber der laparotomischen Methode ergeben. Der Sachverständige hat sowohl die Komplikationen bei beiden Verfahren als auch die Operationsmethoden selbst als im Wesentlichen gleichartig beschrieben. In einer speziell für die Methode der Laparoskopie ausgebildeten Klinik – wie dem Klinikum C2 – hat der Sachverständige die Laparoskopie sogar ausdrücklich als Methode der Wahl bezeichnet. Von daher war vorliegend auch nicht speziell über die laparotomische Vorgehensweise im Sinne einer echten Alternative aufzuklären (vgl. hierzu auch den Fall OLG Koblenz, VersR 2007, 111 f., der insoweit eine andere OP-Konstellation betrifft). Nach den Ausführungen des gerichtlichen Gutachters handelt es sich um gleichwertige Verfahren mit gleichgelagerten Komplikationen, so dass die Wahl der richtigen Operationsmethode Sache des Operators war.

Die in dem Gespräch mit dem Beklagten zu 2) erteilte Einwilligung vom 28.07.2004 in die nachfolgend durchgeführte Revisionsoperation vom gleichen Tag beruht ebenfalls auf einer ausreichenden Aufklärung, da die Klägerin zusätzlich zu der im Gespräch mit dem Beklagten zu 2) erhaltenen Information über das Vorliegen einer Anastomoseninsuffizienz bereits in ausreichender Weise über die Operatonsmethode und die mit einem laparoskopischen Eingriff verbundenen Risiken im Vorfeld der Operation vom 20.07.2004 aufgeklärt worden ist. Außerdem ist nicht feststellbar, dass sich bei diesem Eingriff ein aufzuklärendes Risiko verwirklicht hätte.	52
3.	53
Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO.	54
4.	55
Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit hat ihre rechtliche Grundlage in den §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.	56
5.	57
Die Revision war gem. § 543 Abs. 2 ZPO nicht zuzulassen, da die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und weder die Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichtes erfordern.	58