
Datum: 12.05.2010
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: I-3 U 134/09
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2010:0512:I3U134.09.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 111 O 1160/07
Schlagworte: Aufklärung, Arzthaftung

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 02.07.2009 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster 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 Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

1

2

3

Die am 04.11.1947 geborene Klägerin nimmt die Beklagten auf Schmerzensgeldzahlung und Feststellung der weitergehenden Ersatzpflicht in Anspruch, weil sie gravierende Schmerz- und Bewegungsbeeinträchtigungen ihrer linken Schulter auf zwei stationäre Behandlungen zurückführt, denen sie sich im Jahre 2004 bei den Beklagten unterzogen hatte.

Auf Veranlassung des niedergelassenen Orthopäden Dr. I hatte sich die als Verkäuferin für DOB berufstätige Klägerin wegen rezidivierend schmerzhafter Bewegungseinschränkungen ihrer linken Schulter zunächst am 03.08.2004 im Krankenhaus der Beklagten zu 3. ambulant vorgestellt. Dort wurde sie von dem seinerzeit als Assistenzarzt der Orthopädieabteilung tätigen Beklagten zu 2. untersucht, der in

4

einem Arztbrief an den überweisenden Dr. I vom 18.08.2004 unter der Diagnosemitteilung "Impingement linke Schulter" als Behandlungsmaßnahme eine diagnostische Arthroskopie und transarthroskopische AC-Plastik sowie je nach intraoperativem Befund "ggfls. eine Sehnennaht und nachfolgende Ruhigstellung" vorschlug. Nach ihrer stationären Aufnahme am Vortag wurde die Klägerin sodann am 31.08.2004 durch den Beklagten zu 2. mittels Arthroskopie und anschließender offener Sehnennaht an der linken Schulter operiert und zunächst mit einer Thoraxabduktionsgipsschiene versorgt; dem am 07.09.2004 abgeschlossenen Stationsaufenthalt folgte die Entfernung des Gipses und ein Mobilisierungsbeginn im Zuge eines zweiten stationären Aufenthaltes vom 27.09. - 01.10.2004 in der vom Beklagten zu 1. geleiteten Orthopädischen Abteilung der Beklagten zu 3.. Das Ergebnis der beiden stationären Behandlungen und ihre gesundheitlichen Folgen für die Klägerin sind zwischen den Parteien ebenso streitig, wie Inhalt und Umfang der vor dem Eingriff mit ihr geführten Gespräche.

5

Die Klägerin unterzog sich ab Oktober 2004 weiteren Behandlungen ihrer linken Schulter - u.a. im T-Hospital C und im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung in C. Wegen der Einzelheiten des Behandlungsverlaufes wird auf die Darstellung der angefochtenen Entscheidung des Landgerichtes Bezug genommen.

6

Erstinstanzlich hat die Klägerin eine Haftung wegen behaupteter Aufklärungs- und Behandlungsfehler geltend gemacht, der die Beklagten entgegen getreten sind. Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf das Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster vom 02.07.2009 verwiesen.

7

Das Gericht des ersten Rechtszuges hat die Klage abgewiesen, nachdem es die Klägerin und den Beklagten zu 2. persönlich angehört sowie den Ehemann der Klägerin und vier mit ihrer postoperativen Behandlung befasste Physiotherapeuten zeugenschaftlich vernommen hat; ferner hat es ein schriftliches Sachverständigengutachten des Prof. Dr. N vom 06.12.2008 eingeholt, das im Kammertermin vom 02.07.2009 mündlich erläutert worden ist.

8

Zur Begründung seiner klagabweisenden Entscheidung hat das Landgericht im Wesentlichen ausgeführt:

9

Behandlungsfehler zu Lasten der Klägerin seien nach dem eingeholten überzeugenden Sachverständigengutachten Prof. Dr. N nicht festzustellen. Auch sei die Klägerin zur Überzeugung der Kammer über die Art der von den Beklagten verabfolgten Behandlung und deren relevante Risiken aufgeklärt worden; hierzu habe sie letztlich durch Unterzeichnung des vom Beklagten zu 2. ausgefüllten Formulars ihr informiertes Einverständnis erklärt.

10

Wegen der Einzelheiten der Entscheidungsgründe wird auf das angefochtene Urteil des Landgerichts Münster vom 02.07.2009 Bezug genommen.

11

Mit ihrer form- und fristgerecht eingelegten Berufung stützt die Klägerin ihr Haftungsverlangen nunmehr noch auf vermeintliche Aufklärungsfehler, für die die Beklagten ihrer Ansicht nach haftend einzustehen haben sollen. Zur Begründung ihres Rechtsmittels macht sie geltend: 12

Ihre Unterschrift unter der Einverständniserklärung vom 30.08.2004 zur OP habe sie gesetzt, ohne dass zu diesem Zeitpunkt handschriftliche Eintragungen zum OP-Inhalt und zu den Eingriffsrisiken vorhanden gewesen seien. Die gegenteiligen Überlegungen des landgerichtlichen Urteils, dass von einem zuvor vollständig ärztlicherseits ausgefüllten Formblatt ausgehe, seien nicht zwingend; die Unterschrift des Patienten mache auch auf einem unvollständig ausgefüllten Formular Sinn. Der Beklagte zu 2. sei am 30.08.2004 gar nicht im Krankenhaus gewesen und habe sie deshalb auch nicht anhand des ausgefüllten Formulars aufklären können. Die diesbezügliche Beweiswürdigung des Landgerichts - welches von einer letztlich zweimaligen Aufklärung am Vortag der OP durch den Beklagten zu 2. und nachfolgend durch den Beklagten zu 1. bei zusätzlicher ambulanter Voraufklärung ausgehe - sei unzutreffend, weil schon lebensfremd. 13

Als Patientin habe sie zudem über sämtliche nicht fernliegende Risiken aufgeklärt werden müssen, auch wenn diese sich bei ihr nicht verwirklicht hätten. Denn letztlich sei die Kenntnis des gesamten Risikospektrums für die Zustimmungsentscheidung des Patienten relevant. 14

Man habe sie ferner - ausgehend von der retrospektiv offenbar unrichtigen Diagnose des Impingementsyndroms - über die bestehenden zahlreichen Behandlungsalternativen konservativer Art aufklären müssen, was nicht geschehen sei. In Kenntnis dieser Alternativen würde sie die OP-Einwilligung seinerzeit nicht erteilt haben. 15

Entgegen den Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur zeitgerechten Patienteninformation sei hier nicht schon am 03.08.2004 anlässlich der OP-Terminvereinbarung über Erfolgsaussichten und Risiken des empfohlenen Eingriffs aufgeklärt worden. Eine Aufklärung durch den Beklagten zu 1. am Nachmittag vor der OP und selbst eine solche durch den Beklagten zu 2. am späten Vormittag oder Mittag vor der OP sei nach den Rechtsprechungsanforderungen zu spät gewesen, als dass sie sich frei von allen Zwängen habe entscheiden können. 16

Entgegen der vom Sachverständigen berücksichtigten Dokumentationsangaben der Beklagten habe sie zu keiner Zeit nach der Gipsabnahme eine ordnungsgemäße Krankengymnastik durchführen können; auch hätten die im Entlassungsbericht für Anfang Oktober 2004 angegebenen verbesserten Zustände tatsächlich ebenfalls nicht bestanden. Die Behandlung der Beklagten habe vielmehr zu einer schmerzbedingt praktisch vollständigen Unbeweglichkeit ihrer linken Schulter und damit Verschlechterung ihres Zustandes auf Dauer geführt. 18

Die Klägerin beantragt, 19

unter Abänderung des angefochtenen Urteils 20

1. die Beklagten zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld, mindestens jedoch in Höhe von 50.000 €, sowie weitere 1.085,04 € jeweils nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinsatz seit dem 18.08.2007 zu zahlen; 21

2. festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, ihr sämtlichen materiellen und immateriellen Schaden aus der ärztlichen Behandlung ab August 2004 durch die Beklagten 22

zu ersetzen, soweit Ansprüche nicht auf einen sozialversicherungsträger oder einen sonstigen Dritten übergegangen sind.

Die Beklagten beantragen, 23

die Berufung zurückzuweisen. 24

Sie verteidigen die landgerichtliche Entscheidung. Unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens vertreten sie die Auffassung, dass das Rügevorbringen der Klägerin zu vermeintlichen Aufklärungsdefiziten angesichts der Chronologie und des Wandels ihrer vorprozessualen wie prozessualen Angriffe gegen das Behandlungsgeschehen insgesamt unglaublich sei. Die Klägerin sei präoperativ anlässlich ihrer ambulanten Vorstellung und ihrer stationären Aufnahme jeweils über den voraussichtlichen Umfang des Eingriffs mit der offengehaltenen Option einer offenen Naht bei anschließender Ruhigstellung der Schulter je nach intraoperativem Befund zutreffend unterrichtet worden. Die im Aufklärungsformular vermerkten Risiken seien der Klägerin vom Beklagten zu 2. unmittelbar nach ihrer stationären Aufnahme am 30.08.2004 laienhaft verständlich und adäquat beschrieben worden. Die Aufklärung zur OP sei - weil es sich um einen häufig von den Beklagten durchgeführten Eingriff handele - nach der ständigen Übung in der Orthopädischen Abteilung des Beklagten zu 1. abgelaufen; zudem habe dieser selbst die Klägerin nach der Röntgenkonferenz am Nachmittag in der orthopädischen Ambulanz untersucht und ihr dabei die vormittags erläuterte Vorgehensweise bestätigt. Den rechtlichen Anforderungen an eine Eingriffs- und Risikoaufklärung des Patienten sei insgesamt ausreichend Rechnung getragen worden. Weil die Klägerin schon im Vorfeld des Eingriffs jahrelang Schulterbeschwerden mit steigender Tendenz in den letzten Wochen gehabt habe und ihr die konservative Therapie nicht geholfen habe, sei nicht plausibel, dass sie im Falle der von ihr geforderten weiteren Aufklärung nicht eingewilligt hätte. Die Beklagten bestreiten schließlich die Kausalität ihrer Behandlung für die von der Klägerin geltend gemachten Folgen, die - jedenfalls im Wesentlichen - schicksalhaft seien. 25

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst deren Anlagen ergänzend Bezug genommen. 26

Der Senat hat die Klägerin, den Beklagten zu 1. und zu 2. im Senatstermin persönlich angehört; er hat ein schriftliches Kurzgutachten des Prof. Dr. N eingeholt, welches dieser am 27.02.2010 erstattet und im Senatstermin am 12.05.2010 mündlich erläutert hat. Hinsichtlich des Ergebnisses der Parteienanhörung und Beweisaufnahme in II. Instanz wird auf das erstattete Kurzgutachten (GA 327 ff.), das Protokoll 27

des Senatstermins (GA 362 ff.) und den dazu gefertigten Berichterstattevermerk vom 18.05.2010 (GA 368 ff.) Bezug genommen. 28

Die Originalbehandlungsunterlagen der Beklagten betreffend die Klägerin aus dem Jahr 2004 und die ebenfalls beigezogenen Behandlungsdokumentationen weiterer Behandler der Klägerin haben im Senatstermin vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. 29

II. 30

1. Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg. Das mit dem Rechtsmittel ausschließlich weiter verfolgte Haftungsverlangen wegen einer behauptetermaßen aufklärungsdefizitären und deshalb unwirksamen Patienteneinwilligung in 31

den operativen Eingriff vom 31.08.2004 ist - nach dem Gesamtergebnis der vor dem Senat ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme - unbegründet.

2. Unter umfassender Würdigung der von der Klägerin unstreitig präoperativ unterzeichneten Eingriffseinwilligung vom 30.08.2004, der Parteiangaben in der persönlichen Anhörung am 12.05.2010 wie des gesamten Prozessvortrages der Parteien hat der Senat in tatsächlicher Hinsicht keine vernünftigen Zweifel, dass die Klägerin seinerzeit *in mehreren Gesprächen* ärztlicherseits sowohl über die geplante Vorgehensweise als auch (mit Ausnahme einiger weniger nicht verwirklichter Risiken) über das Komplikationsspektrum des ihr im August 2004 vorgeschlagenen Eingriffs informiert wurde. Auf der Grundlage der überzeugenden Sachverständigenausführungen des Prof. Dr. N ist der Senat ferner zu der Überzeugung gelangt, dass der Klägerin dabei der stattgehabte operative Eingriff im Vorfeld medizinisch zutreffend dargestellt und ihr ein im Wesentlichen fachlich korrektes, allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums verschafft worden ist, wobei sich die ihr nicht genannten Risiken auch nicht verwirklicht haben. Das Patientenselbstbestimmungsrecht der Klägerin ist schließlich auch nicht dadurch verkürzt worden, dass ihr echte Behandlungsalternativen zu der beklagtenseits veranlassten operativen Therapie vorenthalten worden oder die Eingriffs- und Risikoaufklärungen zeitlich zu spät vor der Operation vom 31.08.2004 erfolgt wären. Die mit der Berufung (weiter)verfolgte Haftung der Beklagten aufgrund von Fehlern bei der Eingriffs- und Risikoaufklärung besteht deshalb *nicht*. 32

3. In seiner Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den in jeder Hinsicht überzeugenden Ausführungen des orthopädisch-chirurgischen Sachverständigen Prof. Dr. N, der seine Gutachten nach ersichtlich gründlicher Auswertung der umfassend beigezogenen Behandlungsunterlagen uneingeschränkt fundiert, sachlich nachvollziehbar und in überzeugender Auseinandersetzung mit den Einwendungen der Klägerin erstattet hat. Seine Kompetenz und Erfahrung stehen für den Senat ebenso außer Zweifel wie seine Objektivität. Prof. Dr. N, der dem Senat als forensisch besonders erfahrener Gutachter langjährig bekannt ist, verfügt - wie seine Darlegungen im Senatstermin erneut eindrucksvoll ergeben haben - sowohl über ein fundiertes theoretisches Wissen, als auch über eine umfassende praktische Erfahrung. Er war in jeder Hinsicht in der Lage, die an ihn gerichteten fachlichen Fragen mit der gebotenen gutachterlichen Distanz bei klarer und gut nachvollziehbarer Begründung zu beantworten. 33

4. Der Senat ist nach dem Gesamtergebnis der Parteianhörung und unter Berücksichtigung der Aufklärungsdokumentation in den beigezogenen Behandlungsunterlagen davon überzeugt, dass der Klägerin präoperativ *in mehreren Gesprächen* ärztlicherseits *erläutert* worden ist, dass man ein arthroskopisches Vorgehen zur Behebung der Schulterdachenge (Impingement) mit einer - je nach Befund der Rotatorenmanschette ggfls. nötigen - offenen Sehnennaht beabsichtigte, und dass ihr - jedenfalls weitgehend - auch die Eingriffsrisiken des beabsichtigten Prozedere dargestellt worden sind. 34

Dass die Klägerin durchgängig - auch bei ihrer Anhörung vor dem Senat - praktisch jedwede ärztliche Risikoaufklärung und eine Information über die zur Arthroskopie möglicherweise hinzutretende offene Sehnennaht in Abrede genommen hat, mag zwar - auf dem Hintergrund des für sie unbefriedigenden Verlaufes - ihrer nunmehrigen subjektiven Erinnerung entsprechen, ist jedoch durch die glaubhaften wie plausiblen Schilderungen der Beklagten zu 1. und 2. - die von der schriftlichen Aufklärungsdokumentation gestützt werden - letztlich überzeugend widerlegt worden. 35

a) An den der Behandlerseite obliegenden Beweis der ordnungsgemäßen Aufklärung dürfen keine unbillig hohen Anforderungen gestellt werden (BGH, VersR 1985, 361 ff.; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Aufl., Rdnr. 696 - jeweils m.w.N.).

Die Notwendigkeit zur Aufklärung im persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch setzt 37

dem Nachweis ihres Inhaltes natürliche Grenzen (Steffen/Pauge, aaO, Rdnr. 515). So kann es zur Überzeugungsbildung des Gerichtes von der Patientenunterrichtung in einem vertraulichen Arztgespräch im Einzelfall anerkanntermaßen ausreichen, wenn die ständige Praxis einer ordnungsgemäßen Aufklärung nachgewiesen wird und Indizien vorliegen, dass dies auch im konkreten Fall so gehandhabt worden ist (vgl. OLG Hamm, VersR 1995, 661; Geiß/Greiner, Arzthaftungsrecht, 6. Aufl., C 134 m.w.N.). Der Feststellung einer ständigen Aufklärungsübung des Arztes gerade in Verbindung mit einer erfolgten Dokumentation kommt - je nach deren Inhalt - eine Indizwirkung für das in Betracht kommende Aufklärungsgespräch zu (OLG Zweibrücken, OLGR 2001, 79 ff. m.w.N.). Ist einiger Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch erbracht, kann dem Arzt im Zweifel geglaubt werden, dass die Aufklärung in der von ihm beschriebenen Weise geschehen ist - dies auch mit Rücksicht darauf, dass aus vielerlei verständlichen Gründen Patienten sich im Nachhinein an den genauen Inhalt solcher Gespräche nicht mehr erinnern (vgl. etwa : BGH, VersR 1985, 361 ff.; OLG Hamm, Senatsurteil vom 24.03.2004 - 3 U 209/03). 38

b) Vorliegend befindet sich in den Behandlungsunterlagen der Beklagten (KU I a 31) die unstreitig von der Klägerin am Vortag des Eingriffs unterzeichnete "Einverständniserklärung zu Behandlungsmaßnahmen" , auf deren Vorderseite handschriftlich die bei ihr durchgeführten Behandlungsmaßnahmen - nämlich Arthroskopie, transarthroskopische AC-Plastik, Bursektomie und offene Sehnennaht - ebenso wie diverse Risiken eingetragen sind. Nach dem *vorgedruckten* Text auf Vor- und Rückseite des Formulars, der bei Unterschriftsleistung durch die Klägerin unstreitig vorhanden war, bestätigt der Patient mit der Unterzeichnung nicht nur die "eingehende Erläuterung der Erkrankung", die "ausführliche Information über Wirkungsweise und Erfolgschancen der Behandlungsmaßnahmen", sondern auch die "Darstellung der ernsthaft ins Gewicht fallenden Behandlungsrisiken" durch den Arzt. Mit dem Landgericht erachtet der Senat es nicht für glaubhaft, dass die Klägerin die schriftliche Bestätigung ihrer Eingriffseinwilligung unterzeichnete, ohne dass *das geradezu auf handschriftliche Eintragungen angelegte und ohne sie weitgehend sinnentleerte Formular* zuvor auch in den Freifeldern für "Behandlungsmaßnahmen" und "Risiken" Eintragungen erfahren hatte. Die Verlässlichkeit der Klägerangaben zum Inhalt der Einwilligungsdokumentation hat das Landgericht im Übrigen zu Recht auch deshalb in Zweifel gezogen, weil die Klägerin bis zu ihrer Anhörung im Kammertermin gänz-

lich in Abrede gestellt hatte, *auch die erste Formularseite* vorgelegt bekommen zu haben, obschon spätestens die entgegennenden Hinweise auf die Verkörperung der Erklärung *auf nur einem Blatt* ihr Veranlassung hätten sein müssen, den ersichtlich unzutreffenden Klagevortrag in diesem Punkt zu korrigieren. Im Übrigen ergeben sich nach dem äußeren Eindruck der Urkunde zur Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation keinerlei Anzeichen für eine nachträgliche, nicht durch die Unterschrift der Klägerin gedeckte Eintragung. Nicht zuletzt hat die unstreitig unterzeichnete Einverständniserklärung vom 30.08.2004 als Privaturkunde die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit für sich (§§ 440 II, 416 ZPO), so dass die Klägerin als Patientin die Beweislast dafür trägt, die Erklärung sei nach ihrer Unterschriftsleistung durch nachträgliche Ergänzungen manipuliert worden (vgl. OLG Hamm, MedR 2006, 649; OLG Frankfurt, VersR 1994, 986 mit NichtannahmeB. des BGH vom 01.03.1994 - VI ZR 187/93). Die von ihr vermutete nachträgliche Formularvervollständigung 40

haben jedoch sowohl der Beklagte zu 2. wie auch der Beklagte zu 1. mit jeweils plausibler Begründung als nicht ihrer Handhabung entsprechend in Abrede gestellt; der vom Landgericht als Zeuge vernommene Ehemann der Klägerin hatte während seiner zeitweiligen Anwesenheit im Krankenhaus das besagte Formular bekundeter Maßen gar nicht gesehen. Seine Bekundungen blieben insoweit – wie auch hinsichtlich des Inhaltes von Gesprächen zwischen der Klägerin und dem Beklagten zu 2. – letztlich unergiebig.

Unabhängig davon, dass die Klägerin mit ihrer Unterschrift die Abgabe der im Text des Einwilligungsformulars enthaltenen Erklärungen über ihre "ausführliche Information" zu den verzeichneten Behandlungsmaßnahmen und Risiken bestätigte - was die entsprechende Erteilung dieser ärztlichen Informationen an sie indiziert- , ist der Senat nach den glaubhaften Angaben der Beklagten zu 1. und 2. in ihrer persönlichen Anhörung am 12.05.2010 davon überzeugt, dass ihr nach Maßgabe der handschriftlichen Vermerke Art und Schwere des bevorstehenden Eingriffs wie die mit ihm verbundenen Belastungen und Risiken im persönlichen Gespräch von dem Beklagten zu 2. dargestellt worden sind.

41

Der Beklagte zu 2. hat auch vor dem Senat bestätigt, dass das Einwilligungsformular zur Diagnose, zu den Behandlungsmaßnahmen und Risiken handschriftliche Vermerke seinerseits beinhalte, es durch seine Unterschrift abgeschlossen worden sei

42

und er an dem Tag der stationären Aufnahme der Klägerin (30.08.2004) als Assistenzarzt für die Aufnahmegespräche einschließlich der Patientenaufklärung zuständig gewesen sei. Obwohl der Beklagte zu 2. sich - angesichts des Zeitablaufes und der Vielzahl ähnlicher Patientengespräche verständlicherweise - nicht mehr konkret an das mit der Klägerin geführte Gespräch anlässlich ihrer stationären Aufnahme hat erinnern können, waren ihm doch wegen und anhand seiner Eintragungen in das Aufklärungsformular glaubhaft Angaben dazu möglich, wie auch dieses Gespräch entsprechend seiner persönlichen Handhabung und der organisatorisch vorgegebenen Übung in der Orthopädieabteilung der Beklagten zu 3. abgelaufen sein müsse. Hierzu hat der Beklagte zu 2. bekundet, er habe die neu stationär aufgenommenen Patienten des jeweiligen Tages einzeln in das Arztzimmer gerufen und dort nach einem festen Schema "abgearbeitet". Die so im Arztzimmer mit dem Patienten geführten Gespräche seien von ihm anhand der bis dahin vorhandenen Unterlagen vorbereitet worden, wozu auch die Vorbereitung des Einwilligungsbogens gehört habe. Das entsprechende Formular sei von ihm für jeden neuen Fall vorbereitend ausgefüllt und ggfls. in dem Gespräch mit dem Patienten noch ergänzt worden. Bei dem im Arztzimmer geführten Patientengespräch sei sodann Punkt für Punkt des Bogens durchgegangen und erklärt worden. Er benenne dem Patienten also z.B. schon im Vormittagsgespräch des Aufnahmetages die handschriftlich in der "Einverständniserklärung" vermerkten Risiken; wenn er dort u.a. die "Einsteifung" als Risiko vermerkt habe, so bespreche er hierzu, dass es bei dem Schultergelenk sowohl ohne die vorgeschlagene OP, als auch durch den operativen Eingriff selbst wegen Verwachsungen oder Verklebungen zu dessen Einsteifung kommen könne.

43

Es sei nicht sein Verfahren gewesen, solche Bögen zur Patientenaufklärung erst später - nach der Patientenunterschrift - auszufüllen oder zu komplettieren. Soweit sich auf der Vorderseite des die Klägerin betreffenden Bogens mit Datum vom 30.08.2004 *am rechten Rand* unterhalb der vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen sein Namenskürzel befinde, führe er dies auf seine persönliche Handhabung zurück, sich gelegentlich auf diese Weise gleichsam zur Bestätigung zu notieren, dass der Chefarzt der Orthopädie oder dessen Vertreter als Ergebnis der nachfolgenden Nachmittagsvorstellung die von ihm vorgeschlagene Verfahrensweise akzeptiert habe.

44

Es habe dem generellen Vorgehen entsprochen, dass vormittags sämtliche neuen stationären Patienten vom Assistenzarzt untersucht und mit dem individuell vervoll-	45
ständigten Formular aufgeklärt worden seien, wobei man ggfls. noch die Diagnostik ergänzt habe. Nachmittags seien dann diese Patienten nacheinander dem Chefarzt oder dessen Vertreter vorgestellt worden; man habe sodann mit dem Chef rekapituliert, ob es bei dem angedachten Prozedere verbleibe oder ob es aus seiner Sicht zu Änderungen bzw. Ergänzungen kommen müsse.	46
Soweit die Klägerin die Dienstanwesenheit des Beklagten zu 2. auf der Station am Tage ihrer stationären Aufnahme lange Zeit gänzlich in Abrede gestellt hat, hat sie hieran im Senatstermin auf Vorhalt so nicht festhalten wollen. Ersichtlich sprechen die Eintragungen auf den Anforderungsblättern zu den HWS-Röntgendarstellungen vom 30.08.2004 - die offenkundig vom Beklagten zu 2. ausgefüllt wurden - im Übrigen dafür, dass er an diesem Tage sehr wohl Dienst im Krankenhaus der Beklagten zu 3. tat.	47
Der Beklagte zu 1. hat bei seiner persönlichen Anhörung durch den Senat überzeugend bestätigt, dass der Beklagte zu 2. das damals übliche Aufnahmeprozedere zutreffend dargestellt habe. Es sei - so der Beklagte zu 1. für die Zeit seiner Chefarztverantwortlichkeit - nie vorgekommen, dass der gedruckte Bogen für die Patienteneinwilligung erst nachträglich ausgefüllt worden sei. Vielmehr habe er verlangt und sei von seinen Assistenzärzten auch eingehalten worden, dass der Einwilligungsbogen in der Nachmittagsvorstellung des Patienten komplett ausgefüllt vorlag. Der komplett ausgefüllte Bogen sei bei dieser Gelegenheit vom Assistenten ja benötigt worden, um ihm - dem Chefarzt - den jeweiligen Fall vollständig vorzutragen.	48
Der Senat hat angesichts dieser eindeutigen und in jeder Hinsicht plausiblen Schilderungen der beklagten Ärzte nicht die geringsten Zweifel daran, dass der Klägerin noch am Vormittag des 30.08.2004 anlässlich ihrer stationären Aufnahme durch den Beklagten zu 2. sowohl die im Einwilligungsformular notierten Behandlungsmaßnahmen als auch die dort aufgeführten Eingriffsrisiken mündlich erläutert worden sind.	49
Was die strittige Eingriffsaufklärung zu dem zweiten Teil des geplanten Vorgehens - bezüglich der offenen Sehennaht mit anschließender Gipsruhigstellung - betrifft, sieht der Senat angesichts der diesbezüglichen handschriftlichen Vermerke im Einwilligungsformular und der vorstehenden Angaben des Beklagten zu 2. als gesichert an,	50
dass <i>auch dieser Punkt</i> der Klägerin spätestens am Aufnahmetage vormittags dargestellt worden ist. Zudem hat der Beklagte zu 2. anhand seines Namenkürzels auf dem Arztbrief zur vorherigen ambulanten Vorstellung der Klägerin am 03.08.2004 nach dem Inhalt der von ihm verfassten Arztmitteilungen an Dr. I bestätigt, dass er der Klägerin <i>schon an diesem Tage</i> die entsprechende operative Vorgehensweise erläutert und empfohlen haben müsse. Dem Senat erscheint es nach dem klaren Hinweis im Arztbrief zum Ambulanztermin vom 03.08.2004 zur empfohlenen Vorgehensweise (Arthroskopie, ggfls. Umstieg auf offene Sehennaht und Gipsruhigstellung) <i>wenig plausibel</i> , dass die Klägerin - wie sie behauptet - eben <i>diese Vorgehensweise einschließlich der Option zur offenen Naht nicht</i> erfahren haben will, obschon sie sich ausweislich des Klagevortrages eigens zu einem besonders qualifizierten Vorschlag für eine Schulter-OP vorstellte. Überzeugend hat auch der Beklagte zu 1. bei seiner Anhörung durch den Senat darauf hingewiesen, dass er bei Patienten, die - wie die Klägerin - mit Schulterarmsyndrom zur stationären Behandlung gekommen seien, in der Chefarztvorstellung immer darauf hingewiesen habe, dass der Eingriff wegen möglicherweise notwendiger Sehnenreparaturen evtl. offen fortgesetzt würde und dies eine danach gebotene	51

Ruhigstellungsphase zur Folge haben könne, bei der man für 4 Wochen postoperativ einen Rumpf-Arm-Gips tragen müsse. Der Beklagte zu 1. begründete die Erforderlichkeit dieses Hinweises für die Patientenentscheidung und die daran anknüpfende Aufklärungspraxis der Beklagten plausibel damit, dass der Patient "andernfalls ja aus der Narkose überrascht mit einem solchen Gips aufwache", der für ihn "über Wochen eine deutliche Beeinträchtigung bedeute". Auch bei der Klägerin habe man präoperativ mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit damit rechnen müssen, dass wegen einer (zusätzlichen) Sehnenruptur eine offene Naht mit anschließender Gipsphase in Betracht komme. Hieraus hat der Beklagte zu 1. - nachvollziehbar - geschlussfolgert, dass ihr die evtl. Notwendigkeit einer Sehnennaht mit den daran anknüpfenden Behandlungsumständen vor der OP auch mitgeteilt worden sei.

Dass der Klägerin durchaus präoperativ zumindest die *Möglichkeit einer Eingriffserweiterung* aufgezeigt wurde, "wenn man andere Dinge (als einen entzündeten Schleimbeutel) finde, die man direkt während der OP beseitigen könne", hatte zudem jedenfalls der ursprüngliche Prozessvortrag der Klageschrift (GA 3, 13) noch eingeräumt - wenngleich sich der Prozessvortrag der Klägerin davon zunehmend im Sinne eines pauschalen Bestreitens entfernt haben mag. Wenig plausibel wäre

52

schließlich auch der Eintrag in der Pflegedokumentation (Y 37) für den 30.08.2004 um 13 Uhr ("Pat. kommt ... morgen : Schulter-OP, ggfls. offen"), wenn eine ggfls. offene Vorgehensweise bei dem Eingriff vom 31.08.2004 mit der Patientin zu diesem Zeitpunkt in keiner Weise abgestimmt gewesen wäre.

53

Dem Senat erscheint nach alledem gesichert, dass der Klägerin präoperativ ärztlicherseits dargestellt wurde, dass man im Falle eines arthroskopisch vorgefundenen Risses im Bereich der Rotatorenmanschette der linken Schulter eine offene Sehnennaht mit anschließender Gipsruhigstellung durchzuführen beabsichtigte.

54

5. Wie bereits die erstinstanzliche Sachverständigenbefassung von Prof. Dr. N ergeben und dessen Anhörung durch den Senat bestätigt hat, beinhaltete die Eingriffs- und Risikoaufklärung der Klägerin anknüpfend an die Aufklärungsdokumentation eine Reihe - wenngleich womöglich nicht alle - der typischen Risiken des stattgehabten Eingriffs an der linken Schulter.

55

Soweit die Aufklärungsdokumentation die Risiken der Reruptur im Nahtbereich, des Knochenbruches und des sog. CPRS / Morbus Sudeck nicht ausdrücklich aufführt, so dass *diese* Komplikationen der Klägerin präoperativ womöglich nicht mitgeteilt worden sind, gereicht dieses mögliche Aufklärungsdefizit den Beklagten nicht zur Haftung.- Denn die nicht genannten Risiken haben sich teils unstreitig (Knochenbruch und CPRS), im Übrigen (Reruptur) aber nach der überzeugenden Sachverständigenauswertung des weiteren Krankheits- und Behandlungsverlaufes vorliegend *nicht verwirklicht*.

56

a) Dies gilt bzgl. der Reruptur der Sehnennaht gerade auch mit Blick auf die von der Klägerin für einschlägig erachteten Befunde des MRT's vom 15.10.2004 (GA 18/GA 168) und des T-Hospitals (GA 19 und GA 29 f.), die Begriffe der "Nahtinsuffizienz", "Reruptur" bzw. "Renah" der Rotatorenmanschette zum Inhalt haben.

57

Prof. Dr. N hatte insoweit schon erstinstanzlich ausgeführt, dass *unabhängig* von dem (aufklärungspflichtigen) OP-Risiko einer Reruptur der Naht (durch Ausreißen oder ausbleibende Gewebeheilung) eine *schicksalhafte Entwicklung* eintreten könne, bei der ein *neuer* Defekt der Rotatorenmanschette *auf dem Boden der vorhandenen degenerativen Gewebsveränderung des Patienten* eintrete. Die in der

58

Revisionsoperation des T-Hospitals C bei der Klägerin angetroffene "ausgefaserte und ausgefranzte Rotatorenmanschette mit mannigfachen Rissen" entspricht - so Prof. Dr. N schon in I. Instanz - *nicht* dem Bild einer Reruptur im Sinne eines Nahtversagens bzw. einer Nahtinsuffizienz. Seine diesbezügliche Aussage hat der Sachverständige in II. Instanz überzeugend bestätigt.

59

Nach der operativen Durchführung einer Rotatorenmanschattennaht - wie sie hier bei der Klägerin am 31.08.2004 durchgeführt wurde - könne es einerseits zu einem Versagen der Naht kommen, so dass der Defekt gleichsam an derselben Stelle wieder auftrete, oder andererseits zu Rissen der Rotatorenmanschette an anderer Stelle. Nur die erste Fallgruppe betreffe eine Eingriffskomplikation, wohingegen die zweite eine Folge der degenerativen Grunderkrankung im Rotatorenmanschettenbereich sei.- Schon der MRT-Befund vom 15.10.2004, der eine Defektzone im Verlauf der Supraspinatussehne beschreibe, spreche hier eher für eine Entwicklung der zweiten Fallgruppe; wohl deshalb erwähne der MRT-Bericht auch die "Nahtinsuffizienz" nur mit einem Fragezeichen als *eine* in Betracht zu ziehende Möglichkeit zur Erklärung des MRT-Befundes. Ausgehend von den weiteren Befunden, die dann die Operateure im T Hospital C bei der Re-Operation im April 2005 beschrieben hätten, lasse sich ein Riss (Versagen) der von den Beklagten angelegten Naht *gerade nicht feststellen*. Der dokumentierte Befund einer "ausgefaserten und ausgefranzten Rotatorenmanschette mit mannigfachen Rissen" sei medizinisch als ein Vorliegen von mehreren Rissen an unterschiedlichen Stellen zu interpretieren, und nicht als ein Nahtversagen an genau der Stelle, an der zuvor seitens der Beklagten genäht worden sei. Der genannte Befund bei der Re-OP im April 2005 beschreibe Risse des Gewebes der Rotatorenmanschette, die auf vorhandenen schlechten mechanischen Gewebeeigenschaften beruhten; er *belege kein Versagen der zuvor gelegten OP-Naht*, welches die Verwirklichung eines OP-Risikos der Rotatorenmanschettennaht bedeutet haben würde. Dass es bei der Klägerin nach dem Eingriff vom 31.08.2004 zu diesen mannigfachen Rissen der ausgefaserten Rotatorenmanschette gekommen sei, beinhalte die Verwirklichung eines Lebensrisikos, das bei ihr *nicht wegen der OP* vom 31.08.2004 bestanden habe, sondern *trotz der OP* verblieben sei. Man müsse mit zunehmendem Lebensalter damit rechnen, dass es degenerationsbedingt im Bereich der Rotatorenmanschette schon durch simple Alltagsbelastungen zu Rissbildungen kommt. Hieraus resultiere eine Verminderung der mechanischen Belastbarkeit des Schultergelenks. Es handele sich oftmals um sog. Gelegenheitsrisse, deren Eintritt der Betreffende häufig gar nicht bemerke, die jedoch in ihrer Summierung dann die Schulterbelastbarkeit erheblich beeinträchtigen könnten.

60

Prof. Dr. N geht in der Gesamtbewertung aller beigezogenen Befunde nach den referierten Befunden der Nachbehandler und dem Entlassungsbefund der Beklagten vom 01.10.2004 - so sein Fazit im Senatstermin - davon aus, dass die Ursache der erheblichen Bewegungseinschränkungen der Klägerin in der Folgezeit nach dem Eingriff vom 31.08.2004 neu aufgetretene Risse der Rotatorenmanschette waren, deren Gewebestrukturen offenbar nur noch wenig belastbar waren. Insoweit ist der von den Beklagten im Entlassungsbrief für Anfang Oktober 2004 referierte (und von der Klägerin in Abrede gestellte) Zustand einer "aktiven Abduktion von 120°" für jenen Zeitpunkt nicht medizinisch ausgeschlossen oder unplausibel. Die bereits im weiteren Verlauf des Oktober 2004 in den vorgelegten Berichten verzeichneten schmerzhaften Bewegungseinschränkungen (mit stark schmerzhafter aktiver Abduktion in C von nur 40°) führt Prof. N darauf zurück, dass sich nach der Entlassung durch die Beklagten eine degenerativ bedingte Defektzone im Supraspinatusbereich entwickelte; sie war zur Zeit der Reha-Behandlung Anfang 2005 als neuer Defekte der Rotatorenmanschette bereits eingetreten und beeinträchtigte die Klägerin für den Sachverständigen nachvollziehbar bis heute ganz erheblich.

61

- Diese insgesamt überzeugenden Gutachteraussführungen macht sich der Senat zueigen. 62
Eingriffsrisiken der klägerseits als aufklärungsdefizitär beanstandeten Operation vom 31.08.2004 haben sich nach alledem – mit Ausnahme der ausdrücklich aufgeklärten "Verwachsungen und Verklebungen" - nicht verwirklicht.
- b) In rechtlicher Hinsicht ergibt sich ungeachtet der Nichtnennung von Eingriffsrisiken dann 63
keine Haftung der Behandlerseite für diesbezügliche Aufklärungsdefizite, wenn unter Schutzzweckgesichtspunkten der Zurechnungszusammenhang zwischen der verletzten Aufklärungspflicht und dem geltend gemachten Schaden fehlt (vgl. Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Aufl., Rdnr. 532/533).
- Hat sich nur ein Eingriffsrisiko verwirklicht, über das der Patient aufgeklärt worden ist, entfällt 64
nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes - von der abzuweichen die Berufung keine Veranlassung gibt - eine Aufklärungsfehlerhaftung regelmäßig auch dann, wenn der Patient über *andere* Risiken *nicht* aufgeklärt
- worden ist, die sich *nicht verwirklicht* haben (vgl. etwa: BGH, VersR 2000, 725 ff.- juris-Zif. 20; 65
Steffen/Pauge, aaO, Rdnr. 533 m.w.N.). Denn wenn der Patient in Kenntnis des verwirklichten Risikos seine Einwilligung erteilt hat, sind Überlegungen dazu, ob er seine Zustimmung *mit Blick auf ein anderes Risiko* möglicherweise versagt hätte, notwendigerweise spekulativ und können nicht Grundlage für einen Schadensersatz sein (BGH, aaO).
- Vorliegend hat sich - wie die Sachverständigenanhörung im Senatstermin bestätigt hat – als 66
Folge der Operation vom 31.08.2004 *lediglich* das Eingriffsrisiko von "Verwachsungen und Verklebungen" verwirklicht. Dieses Risiko ist nach Prof. Dr. N - medizinisch betrachtet - der im Aufklärungsformular handschriftlich vermerkten Risikogruppe "Einsteifung" zuzurechnen, weil es im betroffenen Schultergelenk postoperativ durch Gewebsschrumpfung und Narbenbildungsprozesse zur Einsteifung des Schultergelenks bzw. entsprechenden Bewegungseinschränkungen kommen kann. Wie die persönliche Anhörung des Beklagten zu 2. anhand der Aufklärungsdokumentation zur Überzeugung des Senates ergeben hat, *ist* die Klägerin anlässlich ihrer stationären Aufnahme am 30.08.2004 vormittags auf diese - allein zum Tragen gekommene Eingriffskomplikation - zutreffend hingewiesen worden. Der Beklagte hat hierzu erläutert, dass er zum Begriff der "Einsteifung" beim Schultergelenkseingriff mit dem Patienten bespreche, dass sowohl es ohne Operation, wie auch durch den operativen Eingriff selbst wegen Verwachsungen und Verklebungen zur Einsteifung der Schulter kommen könne. Prof. Dr. N hat bestätigt, dass das betreffende Risiko damit für den Patienten medizinisch zutreffend beschrieben worden sei.
- Weil die Klägerin nach zutreffender ärztlichen Information durch den Beklagten zu 2. letztlich 67
in Kenntnis des bei ihr einzig verwirklichten Eingriffsrisikos ("postoperative Verwachsungen und Verklebungen") in den Eingriff vom 31.08.2004 zugestimmt hat, ist ihr Haftungsverlangen wegen etwaiger Aufklärungsdefizite zu den sämtlich nicht verwirklichten Risiken "Reruptur, Knochenbruch und CPRS" unter Gesichtspunkten des Schutzzweckes der ärztlichen Aufklärungspflichten unbegründet.
6. Die Beklagten haften der Klägerin auch nicht deshalb auf Schadensersatz, weil sie 68
angeblich die zur wirksamen Operationszustimmung gebotene Aufklärung über existierende echte Behandlungsalternativen (konservativer Art) versäumten.
- Zwar ist zur Gewährleistung einer selbstbestimmten Patienteneinwilligung in einen invasiven 69
Eingriff die Aufklärung des Patienten über konservative Behandlungsalternativen zu dem operativen Eingriff nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes dann erforderlich,

wenn die OP durch eine konservative Behandlung vermieden werden kann oder erst nach deren erfolgloser Vorschaltung indiziert ist; der Patient ist insbesondere zu informieren, "wenn anstelle der Operation zunächst alternativ die Fortsetzung der konservativen Behandlung in Frage kommt" (BGH, VersR 2000, 766 ff.). Vorliegend gab es *grundsätzlich* auch - wie Prof. Dr. N im Senatstermin bestätigt hat - zur Behandlung des präoperativ aufgetretenen Zustandes der linken Schulter (Schmerzzustand mit Bewegungsschmerz, zeitweise schmerzhafteste Bewegungseinschränkung bei Hinweisen auf einen subacromialen Reizzustand mit Affektion der Supraspinatussehne) durchaus sinnvolle therapeutische Alternativen im Sinne einer Fortsetzung und/oder Intensivierung konservativer Behandlungen - vor allem in Form der konsequenten, intensiven Krankengymnastik.

Jedoch bedurfte es seitens der Beklagten hier deshalb keiner weiteren Aufklärung der Klägerin über etwaige konservative Behandlungsalternativen, weil sie selbst den Beklagten zu 2. auf entsprechendes Befragen anlässlich ihrer ambulanten Vorstellung am 03.08.2004 dahin informierte, sie leide seit Jahren an Schulterschmerzen linksseitig mit deutlicher Zunahme in den letzten Wochen und bisherige Therapiemaßnahmen durch KG-Übungsgymnastik, physikalische Maßnahmen und lokale Injektionen hätten zu keiner wesentlichen Beschwerdelinderung geführt. Diese im Arztbrief der Beklagten vom 18.08.2004 niedergelegte Vorgeschichte der Ambulanzvorstellung, die der Beklagte zu 2. seinen plausiblen Schilderungen im Senatstermin zufolge von der Klägerin im Rahmen von deren anamnestischer Befragung erhalten hat, berechnete die von der Patientin mit der Frage nach einer dauerhaften Lösung konfrontierten orthopädischen Klinikärzte zu der Annahme, hier seien konservative Behandlungsalternativen ausgeschöpft. Prof. Dr. N hat insoweit im Senatstermin verdeutlicht, dass dann, wenn die im Arztbrief vom 18.08.2004 festgehaltenen Angaben zutreffend seien - insbesondere wenn sie auf Befragen der Patientin so dem Arzt gegenüber geschildert wurden - , die Möglichkeit der konservativen Therapie ausgereizt sei und medizinisch kein weiterer Aufklärungsbedarf bestehe. Selbst wenn - wie die Klägerin geltend macht - im Vorfeld ihrer Konsultation mit Blick auf das Schulterleiden noch keine konsequente krankengymnastische Therapie

70

stattgefunden haben sollte, durften die Behandler auf Beklagtenseite wegen der ihnen erteilten (möglicherweise nicht ganz zutreffenden) Informationen durch die Patientin selbst davon ausgehen, dass die grundsätzlich zur Verfügung stehenden konservativen Behandlungsalternativen *keinen nachhaltigen* Erfolg gehabt bzw. *keine wesentliche* Beschwerdelinderung erbracht. Dass insoweit beklagtenseits vorwerfbar versäumt worden wäre, die anamnestischen Angaben der Klägerin kritisch zu hinterfragen, ist nicht ersichtlich. Die Klägerin ist - wovon sich der Senat im Verhandlungstermin überzeugen konnte - durchaus in der Lage, sich präzise und bestimmt auszudrücken; sie verfügt über ein sicheres Auftreten, das Zweifel an ihren Darlegungen nicht gestattet. Gerade weil die Klägerin - ihrer schriftsätzlichen Darlegung zufolge - bei den Beklagten gezielt "eine dauerhafte Lösung" ihres rezidivierenden Schulterschmerzproblems "durch einen ausgewiesenen Spezialisten" suchte und "von dem Beklagten zu 1. behandelt werden wollte, der ihr als besonders qualifiziert für die Durchführung von Schulteroperationen empfohlen worden war", hat der Senat keinen Zweifel daran, dass sie dem Beklagten zu 2. ihre präoperative Situation und die "Erfolglosigkeit" jedweder konservativer Behandlungsalternativen so schilderte, wie es im Arztbrief zur Ambulanzvorstellung vom 03.08.2004 niedergelegt ist. - Ein vorwerfbares Aufklärungsdefizit hinsichtlich etwaiger echter konservativer Behandlungsalternativen bestand in dieser Situation jedoch nicht.

71

7. Schließlich haften die Beklagten auch nicht deshalb für den Eingriff vom 31.08.2004 und dessen gesundheitliche Folgen, weil der Klägerin Art und Schwere des Eingriffs sowie

72

dessen Risikospektrum nicht so rechtzeitig vor ihrer Einwilligung mitgeteilt wurden, dass sie das Für und Wider hätte abwägen können.

Insofern trifft den Patienten die Darlegungslast, weshalb der späte Zeitpunkt der Aufklärung sein Entscheidungsrecht verkürzt hat (vgl. Steffen/Pauge, aaO, Rdnr. 695 m.w.N.); der Patient muss substantiiert darlegen, dass seine Entscheidungsfreiheit wegen der Kurzfristigkeit der Informationserteilung vor dem geplanten Eingriff nicht mehr gewährleistet war (BGH, VersR 1992, 96 ff. - juris-Rdnr. 16). Bereits dies lässt das Berufungsvorbringen - welches jedwede Aufklärung der Klägerin über den Umfang der Maßnahme und deren Risiken in Abrede nimmt - nicht erkennen. 73

Auch kann vorliegend nach den obigen Feststellungen des Senates angesichts der am 03.08. und 30.08.2004 (vormittags) geführten Aufklärungsgespräche von einer 74

verspäteten Information der Klägerin keine Rede sein. - Erfolgt die Aufklärung des Patienten - wie hier nach den Feststellungen des Senates durch den Beklagten zu 2. - *am Vortag der stationär durchgeführten Operation*, muss sie zu einer Zeit stattfinden, zu der sie dem Patienten die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes erlaubt - wobei etwaige Vorkenntnisse des Patienten aus früheren Gesprächen zu berücksichtigen sind (BGH, VersR 2007, 66 ff - juris - Rdnr. 10; Martis/Winkhart, AHR, 3. Aufl., Rdnr. A 1656). Verlangt der Arzt vom Patienten die Entscheidung zur Operation schon zu einem früheren Zeitpunkt, schuldet er sie schon dann - wobei allerdings die Aufklärung nach den Umständen noch nachgeholt werden kann, wenn die innerliche Entscheidungsfreiheit des Patienten dadurch nicht unzumutbar beeinträchtigt ist (BGH, VersR 1992, 960 - juris-Rdnr. 15/16; Steffen/Pauge, aaO, Rdnr. 492).- Vorliegend war der Klägerin nach den glaubhaften Bekundungen des Beklagten zu 2. der ihr vorgeschlagene arthroskopischen und ggfls. offen fortgesetzte Eingriff an ihrer linken Schulter bereits in groben Zügen anlässlich der Ambulanzvorstellung am 03.08.2004 dargestellt worden; die detaillierten Informationen zur Erlangung der OP-Zustimmung insbesondere bzgl. der Eingriffsrisiken erfolgten sodann im Zuge der stationären Aufnahme *am Vortag der OP vormittags*. Dass die mit gewissen Vorinformationen ausgestattete Klägerin - wie mit der Berufungsbegründung (GA 308) geltend gemacht - angesichts der Untersuchungsabläufe am 30.08.2004 "keine Zeit hatte, einen klaren Gedanken zu fassen", ist - bei einer für 7.34 Uhr erfassten Eintreffzeit, der zeitweiligen Begleitung durch ihren Ehemann über mehrere Stunden am Vor- und Nachmittag dieses Tag sowie angesichts einer von der Klägerin (GA 306) vorgetragenen "Mittagszeit von 11.30 Uhr - 14.00 Uhr", in der - so ihr Vortrag - "sicher keine Untersuchung stattgefunden hat", nicht nachzuvollziehen. 75

Eine Haftung der Beklagten besteht danach auch unter dem Gesichtspunkt des Erfordernisses einer "rechtzeitigen Patientenaufklärung" nicht. 76

8. Die Berufung der Klägerin war nach alledem mit der Kostenfolge aus § 97 I ZPO zurückzuweisen; die weiteren Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 708 Zif. 10, 711 ZPO. 77

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor. 78