
Datum: 28.03.2012
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 39/11
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2012:0328.3U39.11.00

Vorinstanz: Landgericht Hagen, 4 O 146/08

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 13.01.2011 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Hagen 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:

A.

Die Klägerin macht gegen die Beklagten Schadensersatzansprüche im Zusammenhang mit der Einbringung eines Spinalkatheters durch den Beklagten zu 1. geltend.

Die am 16.01.1945 geborene Klägerin leidet seit dem 15. Lebensjahr an schwerst chronifizierten Rückenschmerzen, die u.a. auf einer pathologischen Veränderung der Wirbelsäule beruhen. Neben bis dahin ergriffenen diversen rehabilitativen und schmerztherapeutischen Maßnahmen erfolgte im Jahr 1995 eine Versteifungsoperation der

1

2

3

4

Lendenwirbelsäule von L3 bis S1. Seit diesem Jahr bezieht die Klägerin eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

Im Juli 2004 wurde die Klägerin durch ihren Schmerztherapeuten Dr. y, in dessen Behandlung sie sich seit Juli 2003 und auch gegenwärtig noch befindet, an den Beklagten zu 1. überwiesen mit der Bitte um Stellungnahme zu möglichen Therapieansätzen bei massiver Empfindlichkeit auf Opioid-Nebenwirkungen wie insbesondere Übelkeit. Wegen der Einzelheiten wird auf das an den Beklagten zu 1. gerichtete Schreiben des Dr. y (Bl. 208 d.A.) Bezug genommen. 5

Am 19.08.2004 erfolgte die stationäre Aufnahme der Klägerin in der Abteilung des Beklagten zu 1. im Haus der Beklagten zu 2.. Bei Aufnahme wurden bezüglich der Beschwerden der Klägerin die Diagnosen Schmerzkrankheit, Spinalkanalstenose L3 – S5, epidurale Adhäsionen mit ausgeprägten Fibrosierungen im Abschnitt L 3/L4/L5 und ein Postdiskostomiesyndrom bei Zustand nach dorsoventraler Fusion L3 – S1 und bei lumbaler Instabilität L3/L4 bis L5/S1 gestellt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Aufnahmebefund (KU II 2 f.) Bezug genommen. 6

In der Folgezeit wurde bei der Klägerin zunächst eine Intensivierung der Opioidtherapie mit zusätzlicher Behandlung der Nebenwirkungen versucht. Da dies jedoch nicht zu dem gewünschten Erfolg führte, wurde nach am 23.08.2004 erfolgter Aufklärung der Klägerin (KU II 19) am 24.08.2004 eine Epiduroskopie, Laseradhäsiolektomie, dekompressive Neuroplastie und Anlage eines Epiduralkatheters in Höhe L3 medial durchgeführt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Operationsbericht des Beklagten zu 1. vom 24.08.2004 (KU II 20) verwiesen. Die weitere Schmerzbehandlung der Klägerin erfolgte über den Epiduralkatheter, durch welchen testweise der Klägerin ein Opioidanalgetikum verabreicht wurde. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den an Dr. y gerichteten Entlassungsbericht des Beklagten zu 1. – datiert auf den 07.02.2005 (KU II 12 f.) - Bezug genommen. 7

Nach der Entlassung der Klägerin aus der stationären Behandlung erfolgte die schmerztherapeutische Weiterbehandlung und fortgesetzte ambulante Testung durch Dr. y. Hierdurch wurde schließlich bei der Klägerin eine Schmerzreduzierung von einem Anfangs-Pain Score 9 (0 – 10 NRS) auf einen Pain Score von 4 (0 – 10 NRS) erzielt. 8

Nach Rücksprache mit Dr. y und einer Schmerzkonzferenz im Haus der Beklagten zu 2. wurde seitens des Beklagten zu 1. sodann die Indikation zur Medikamentenpumpenimplantation gestellt. 9

Die erneute stationäre Aufnahme der Klägerin zur zunächst vorgesehenen Implantation eines Spinalkanalkatheters erfolgte am 25.10.2004. Am selben Tag nahm der als Zeuge benannte Dr. L unter Verwendung eines Formulars mit handschriftlichen Eintragungen (KU III 3) die Aufklärung der Klägerin über den geplanten Eingriff vor. Am 26.10.2004 implantierte der Beklagte zu 1. einen Spinalkatheter in Höhe L1/L2, der auf Höhe Th8 platziert wurde. Sodann kontrollierte er die intrathekale Lage mittels Röntgenbildwandler. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Operationsbericht des Beklagten zu 1. vom 26.10.2004 (KU III 42) Bezug genommen. 10

Nachdem die Klägerin postoperativ über neurologische Auffälligkeiten klagte, bestätigten jeweils am 27.10.2004 durchgeführte neurologische und neurochirurgische Konsile den Verdacht auf eine Radikulopathie S1- S5 rechts. Nach Rücksprache mit dem neurologischen und dem neurochirurgischen Konsiliarier erfolgte am 27.10.2004 die operative Katheterexplantation. 11

Nach Entlassung aus der stationären Behandlung im Haus der Beklagten zu 2. besserte sich die Symptomatik der Klägerin zwar nach verschiedenen Klinikaufenthalten und Rehabilitationsmaßnahmen. Es bestehen jedoch nach wie vor Sensibilitätsstörungen und Blasen- und Mastdarmfunktionsstörungen bei verbliebenem inkompletten Cauda-equina-Syndrom. 12

Die Klägerin hat behauptet, die Operation vom 26.10.2004 sei ohne ausreichende Indikation erfolgt. So sei weder die Opioidtherapie ausgereizt gewesen noch habe eine notwendige psychologische Gesprächstherapie stattgefunden. Zudem sei der operative Eingriff nicht in korrekter Höhe erfolgt. Ferner sei sie über den Eingriff nicht rechtzeitig und auch nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden. So habe es an einer Aufklärung über ein erhöhtes Risiko durch Verwachsungen gefehlt. Außerdem habe der aufklärende Zeuge Dr. L die beschriebenen Risiken mit dem Hinweis, dass diese zwar auftreten könnten, aber noch nie aufgetreten seien, verharmlost. Die Klägerin hat neben Schmerzensgeld diverse materielle Schadensersatzpositionen geltend gemacht. 13

Sie hat beantragt, 14

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, welches in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch von 100.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.06.2007 zu zahlen; 15

2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 16.898,80 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.06.2007; 16

3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr sämtliche weiteren zukünftigen materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, welche ihr aus der fehlerhaften Behandlung in der Zeit vom 25.10. – 04.11.2004 im Hospital X entstanden sind oder entstehen werden, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden. 17

Die Beklagten haben beantragt, 18

die Klage abzuweisen. 19

Sie behaupten, andere Therapiemöglichkeiten seien wegen insuffizienter Schmerzreduktion ausgereizt gewesen. Aus dem von der Klägerin ausgefüllten Schmerzfragebogen ergebe sich zudem, dass eine Psychotherapie erfolgt sei. Der Katheter habe bedingt durch die Narbenbildung in der gewählten Höhe eingebracht werden müssen. Schließlich sei die Klägerin abgesehen von der bereits während des ersten stationären Aufenthaltes erfolgten Basisaufklärung hinaus ausführlich und rechtzeitig aufgeklärt worden. Jedenfalls liege aber eine hypothetische Einwilligung vor. 20

Wegen des weitergehenden erstinstanzlichen Sachvortrags wird auf den Tatbestand der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. 21

Das Landgericht hat die Klage nach Beweisaufnahme abgewiesen. Zur Begründung ist im Wesentlichen ausgeführt, die Operation sei nicht fehlerhaft und insbesondere nicht in falscher Höhe durchgeführt worden. Wegen der Verplattung der Wirbel L2 bis S1 habe die Einbringung nicht in geringerer Höhe vorgenommen werden können. Die Operation sei vor dem Hintergrund der Leidensgeschichte der Klägerin und der diversen nicht zu einer 22

hinreichenden Schmerzreduktion führenden Therapieversuche indiziert gewesen. Im übrigen könne auf der Grundlage der von der Klägerin unterschriebenen Einwilligungserklärung vom 25.10.2004 nicht von einer unzureichenden Aufklärung ausgegangen werden. Die von dieser Einwilligungserklärung ausgehende Indizwirkung habe die Klägerin nicht erschüttern können, so dass es der Vernehmung des Zeugen Dr. L nicht bedurft habe. Insbesondere angesichts der bereits anlässlich des ersten stationären Aufenthaltes erfolgten gleichgelagerten Aufklärung sei im übrigen davon auszugehen, dass die am 25.10.2004 erfolgte Aufklärung rechtzeitig erfolgt sei.

Hiergegen richtet sich die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin. Sie macht unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrags geltend, entgegen den Ausführungen im angefochtenen Urteil ergebe sich aus dem gerichtlichen Sachverständigengutachten nicht, dass ein tieferer Zugang nicht möglich gewesen sei. Da von den Beklagten – unstreitig – nicht dokumentiert sei, warum sie von den Leitlinien abgewichen seien, sei ein Behandlungsfehler im Wege der Beweislastumkehr zu vermuten. Ferner sei die Einholung eines radiologischen Zusatzgutachtens zur Klärung der Lage des Katheters erforderlich gewesen. Im übrigen sei die Klägerin unzureichend über die Gefahr eines Cauda-equina-Syndroms aufgeklärt worden. Hierbei habe es sich um ein spezifisches und zudem durch den höheren Zugang gesteigertes Risiko gehandelt. Im übrigen sei die Aufklärung auch im Hinblick auf den Zeitpunkt und auf Behandlungsalternativen unzureichend gewesen. Bei dieser prozessualen Situation sei die Vernehmung des Zeugen Dr. L erforderlich gewesen. 23

Die Klägerin beantragt, 24

unter Abänderung des am 13.01.2011 verkündeten Urteils des Landgerichts Hagen – 4 O 146/08 - 25

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, welches in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch von 100.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.06.2007; 26

2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 16.898,80 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.06.2007 zu zahlen; 27

3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr sämtliche weiteren zukünftigen materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, welche ihr aus der fehlerhaften Behandlung in der Zeit vom 25.10. – 04.11.2004 im Hospital X entstanden sind oder entstehen werden, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden. 28

Die Beklagten beantragen, 29

die Berufung zurückzuweisen. 30

Sie wiederholen und vertiefen im Wesentlichen ihren erstinstanzlichen Vortrag. 31

Wegen des weitergehenden Sachvortrags der Parteien wird auf den Inhalt der zwischen ihnen gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 32

Der Senat hat Beweis erhoben durch ergänzende Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. K. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Berichterstattevermerk 33

vom 28.03.2012 Bezug genommen.

B.	34
Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg.	35
Der Klägerin stehen gegen die Beklagten mangels eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers weder vertragliche noch deliktische Ersatzansprüche zu.	36
I.	37
Für den Eingriff vom 26.10.2004 bestand eine Indikation. Dabei ist voranzustellen, dass es sich um eine lediglich relative Indikation handelt. Denn nachvollziehbar hat der Sachverständige darauf verwiesen, dass es aus medizinischer Sicht möglich ist und vom Patienten gewollt sein kann, die Schmerzzustände weiter auf konventionellem Wege mehr oder weniger erfolgreich zu bekämpfen.	38
Nach den Ausführungen des Sachverständigen steht zur Überzeugung des Senats fest, dass eine Indikation für die Behandlung in der vorgenommenen Art und Weise vom Beklagten zu 1.vertretbar und somit behandlungsfehlerfrei bejaht worden ist.	39
So war die Klägerin bereits von Dr. y an den Beklagten zu 1. mit dem Hinweis auf eine „weitgehend therapieresistente Lumbago“ eine „eine massive Empfindlichkeit auf Opiat-Nebenwirkungen“ überwiesen worden. Erst nachdem der Beklagte zu 1. selbst während des ersten stationären Aufenthaltes der Klägerin einen weiteren erfolglosen Versuch durch Intensivierung der Opioidtherapie unter gleichzeitiger Behandlung der Nebenwirkungen gestartet hatte, hingegen der am 24.08.2004 gelegte Epiduralkatheter nach ambulanter Fortführung der Therapie durch Dr. y zu einer erfolgreichen Schmerzreduktion von 9 auf 4 auf der Pain Score- Skala führte, fasste der Beklagte zu 1. nach einer Schmerzkonferenz und einer Rücksprache mit dem nach der ersten stationären Behandlung der Klägerin die Testung mittels Epiduralkatheters fortführenden Dr. y den Entschluss zur Empfehlung einer dauerhaften Medikamentenpumpenimplantation. Diese Vorgehensweise, im Zuge derer der Spinalkanalkatheter nach Therapieerfolg durch den Epiduralkatheter zunächst als weitere Testphase vor dem endgültigen Einsetzen einer dauerhaften Schmerzpumpe erfolgen sollte, hat der Sachverständige trotz des Hinweises, dass er selbst möglicherweise noch weiter konservativ vorgegangen wäre, ausdrücklich als richtig und sinnvoll bezeichnet .Damit ist zugleich der Einwand insbesondere des Gutachters Prof. Dr. Q entkräftet, der die fehlende Austestung vor Anlage des intrathekalen Verfahrens unter Hinweis auf die Unterschiede zwischen dem zuvor epidural angelegten Katheter und dem geplanten intraspinalen Verfahren bemängelt hat. Wie auch bereits der Gutachter Prof. Dr. B hat der Sachverständige das Legen des Epiduralkatheters, mit dem die Dosis der Medikamente unter entsprechender Verringerung der Nebenwirkungen erfolgreich reduziert werden konnte, als Testphase gewertet, deren Erfolg Anlass für das Legen des Spinalkanalkatheters als weitere Testphase vor Einsetzen der dauerhaften Schmerzpumpe gab.	40
Schließlich hat der Sachverständige vor dem Hintergrund der konkreten Krankheitsgeschichte der Klägerin nachvollziehbar erläutert, warum – entgegen insbesondere der Wertung des Gutachters Prof. Dr. Q – eine regelrechte Psychotherapie, wie sie die Leitlinien vorsehen, im konkreten Fall nicht zwingend war. Hier ist zum einen die Einlassung des Beklagten zu 1., der selbst Coautor der Leitlinien ist und daher die Bedeutung der psychologischen Komponente kennt, zu berücksichtigen. So hat er in der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht erklärt, dass er eine psychologische Behandlung nicht	41

mehr für nötig halten musste, da Dr. y ihm erklärt habe, psychologisch sei alles abgeklärt. Dies entspricht offensichtlich auch der damaligen eigenen Einschätzung der Klägerin, die sowohl in dem Schmerzfragebogen des Dr. y (KU I 45) als auch in dem vom Beklagten zu 1. ausgegebenen Schmerzfragebogen (Bl. 210 ff.d.A.) angekreuzt hat, dass eine Psychotherapie keine Wirkung gezeigt habe.

Entgegen der Ansicht der Klägerin indiziert der Umstand, dass der Beklagte zu 1. in diesem Punkt von der Leitlinie abgewichen sei, ohne den Grund hierfür zu dokumentieren, nicht das Vorliegen eines Behandlungsfehlers. Zwar indiziert die Einhaltung der Leitlinie eine ordnungsgemäße Behandlung. Daraus folgt im Umkehrschluss jedoch nicht die von der Klägerin vertretene Ansicht und erst recht nicht eine Beweislastumkehr. Die Nichteinhaltung ohne Dokumentation eines Grundes führt vorliegend jedenfalls bereits deshalb nicht zur Annahme eines Behandlungsfehlers, weil es – wie vorstehend dargelegt – jedenfalls nach den konkreten Umständen tatsächlich einen rechtfertigenden Grund für die Abweichung gegeben hat. 42

II. 43

Die Klägerin hat auch nicht beweisen können, dass dem Beklagten zu 1. bei der Einbringung des Spinalkatheters ein Behandlungsfehler unterlaufen ist. 44

Zwar sind sich sowohl die im Rahmen des Schlichtungsverfahrens tätigen Gutachter Prof. Dr. Q und Dr. B als auch der gerichtliche Sachverständige darüber einig, dass die Beschwerden der Klägerin Folgen eines Cauda-equina-Syndroms sind, welches seine Ursache in dem Eingriff vom 26.10.2004 hat. Einhellig legen sie im übrigen zugrunde, dass - wie der Sachverständige im Senatstermin nochmals erläutert hat - das höhere Risiko in Gefahr einer direkten Verletzung des Rückenmarks immer, aber auch nur dann gegeben ist, wenn man in einer Höhe punktiert, in der sich das Rückenmark noch befindet, also eine Punktion höher als L1/L2. 45

1. 46

Dem Beklagten zu 1. ist allerdings nicht anzulasten, dass er die über diesem Bereich liegende Punktionshöhe behandlungsfehlerhaft zu hoch gewählt habe. Der gerichtliche Sachverständige hat im Senatstermin erneut nachvollziehbar bestätigt, dass die Einbringung des Spinalkatheters aufgrund der Verplattung der Wirbelsäule bei L2 (lumbal) bis S1 (sakral) und der aus dieser Voroperation resultierenden Verwachsungen bzw. Vernarbungen nicht in geringerer Höhe vorgenommen werden konnte. Diese Verwachsungen hatte der Beklagte zu 1. bei der von ihm selbst im Vorfeld durchgeführten Epiduroskopie beschrieben. Zudem ist im körperlichen Untersuchungsbefund eine äußerliche Vernarbung dokumentiert. Dass die für die Gutachterkommission tätigen Gutachter Prof. Dr. Q und Prof. Dr. B demgegenüber zu dem Ergebnis gelangt sind, die gewählte Punktionshöhe sei wegen des unstreitig höheren Risikos behandlungsfehlerhaft, ist letztendlich nicht entscheidend. Beide Gutachter haben bei ihrer Bewertung die Besonderheiten, die sich für den Beklagten zu 1. im Operationsgebiet aufgrund der Voroperation ergaben, nicht berücksichtigt. 47

Soweit der Sachverständige in seinem Ergänzungsgutachten (dort S. 5) hat anklingen lassen, dass möglicherweise die strukturellen Veränderungen im Operationsgebiet dennoch eine andere Punktionshöhe zugelassen hätten, dies aber nicht aufklärbar sei, entkräftet dies seine Bewertung, dass der tatsächlich vom Beklagten zu 1. gewählte Zugang behandlungsfehlerfrei war, nicht. Der Sachverständige hat insoweit klargestellt, dass nur der Operateur im Moment der Operation diesen Einblick hat und dieser nicht rekonstruierbar ist. 48

Im übrigen lässt sich bereits an dieser Stelle festhalten, dass die gewählte Punktionshöhe entgegen der Auffassung der Klägerin nicht zu der Verwirklichung des spezifischen, nur bei einem Zugang zum Spinalraum oberhalb L1/L2 bestehenden Risiko einer mechanischen Verletzung des Rückenmarks selbst geführt hat, sondern nur zu einer Verletzung von Nervenwurzeln und Nerven, wie sie auch bei einem tieferen Zugang eintreten kann. Der Sachverständige hat dazu nachvollziehbar ausgeführt, dass die erhobenen Befunde keine Anhaltspunkte für eine Schädigung des Rückenmarks selbst ergeben. Vielmehr habe eine Nervenschädigung, die grundsätzlich auch bei einem tieferen Zugang bei hier allerdings geringerer Nervendichte eintreten kann, das Cauda-equina-Syndrom bei der Klägerin ausgelöst.

2. 50

Schließlich bedurfte es auch angesichts der Diskrepanz zwischen dem intraoperativ angefertigten Röntgenbild und den Angaben zur Lage des Spinalkatheters im CT-Befund des Klinikums M vom 28.10.2004 betreffend das am 27.10.2004 gefertigte CT (KU III 27) nicht der Einholung eines radiologischen Zusatzgutachtens zur Klärung der eindeutigen Katheterlage. Soweit der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht erklärt hat, es sei letztlich irrelevant, ob der Katheter spinal oder epidural gelegt worden sei, hat er im Senatstermin – wie auch bereits in seinem Ergänzungsgutachten vom 25.05.2010 – klargestellt, dass aufgrund des im Operationsbericht beschriebenen Liquorflusses feststehe, dass der Katheter bei Einbringung im Spinalraum gelegen habe. Denn der Spinalraum ist, wie der Sachverständige unter Verweis auf den Grundsatz „ohne Liquor keine Spinal“ verdeutlicht hat, eindeutig identifizierbar durch den Liquorfluss.

Dafür, dass der Beklagte zu 1. den Katheter nicht tief genug eingebracht hat und er dadurch, wie es im CT-Befund des Landgerichts Lüdenscheid anklingt, seine Lage verändert hat, gibt es ebenfalls keine Anhaltspunkte.

Angesichts der Einbringungstiefe des Katheters in Höhe Th 9 medial (Unterkante)/Th 8 (Katheterspitze), wie sie sich aus dem intraoperativ gefertigten Röntgenbild ergibt, hat der Sachverständige ein Herausrutschen des Katheters aus dem Spinalraum und ein Gelangen in den Epiduralraum, wie es im CT-Befund beschrieben ist, für ausgeschlossen gehalten und daraus letztlich den Schluss gezogen, dass der CT-Befund des Klinikums M so nicht zutreffend sein könne.

3. 54

Soweit das Landgericht auf der Grundlage der Bewertung des Sachverständigen festgestellt hat, dass das Ziehen des Spinalkatheters rechtzeitig erfolgt sei, gibt es hiergegen keinen Berufungsangriff.

III. 56

Ferner steht, ohne dass es der Vernehmung des von den für die Aufklärung beweispflichtigen Beklagten benannten Zeugen Dr. L bedarf, fest, dass die Klägerin ausreichend und rechtzeitig über den Eingriff vom 26.10.2004 und etwaige Behandlungsalternativen aufgeklärt worden ist.

1. 58

59

Dass die Grundaufklärung der Klägerin durch den Beklagten zu 1. über die geplante Implantation der Schmerzpumpe unter dem Gesichtspunkt der oben unter I. erläuterten relativen Indikation nach Ausschöpfen konventioneller Maßnahmen erfolgt ist, bestreitet die Klägerin nicht. Dies wird im übrigen bereits durch die Tatsache belegt, dass sie der mit dem zum Schaffen einer Testphase vorgeschalteten Eingriff vom 24.08.2004 durch Legen eines Epiduralkatheters einverstanden war.

2. 60

Fest steht zudem, dass die Aufklärung der Klägerin, wie sie vor dem konkreten Eingriff vom 26.10.2004 durch das am 25.10.2004 geführte Gespräch mit Dr. L anhand des von der Klägerin unterzeichneten Formulars erfolgt ist, auch unter Berücksichtigung erhöhter Aufklärungspflichten bei nur relativer Indikation ausreichend war. 61

Die Klägerin bestreitet nicht, dass Dr. L sie über den Inhalt des Formulars einschließlich der von ihm vermerkten handschriftlichen Ergänzungen zu spezifischen Risiken „Querschnittslähmung, InfektionMeningitis,...Gefäß/Nervenschaden...“ vollumfänglich und ohne Verständigungsschwierigkeiten aufgeklärt hat. Vielmehr hat sie dies durch ihre Einlassung, sie habe Dr. L erklärt, dass sie angesichts dieser erheblichen Risiken doch gar nicht in den Eingriff einwilligen könne, bestätigt. 62

Dass diese Aufklärung nicht den gesonderten Hinweis auf die Risiken eines Cauda-equina-Syndroms oder von Blasen- und Mastdarmstörungen enthält und der Beklagte zu 1. es selbst für naheliegend hält, dass der Zeuge Dr. L nicht auch über diese Punkte explizit aufgeklärt hat, begründet keine Aufklärungsmängel. Der Sachverständige hat den Verweis auf das deutlich schärfere und die vorgenannten Störungen typischerweise umfassende Risiko der Querschnittslähmung und Nervenverletzung genügen lassen und vor diesem Hintergrund nachvollziehbar erklärt, dass es eines expliziten Hinweises auf Blasen- und Mastdarmstörungen nur bei Nachfrage des Patienten bedürfe. Diese Wertung entspricht der Rechtsprechung, nach der die Risiken nicht in all ihren denkbaren Erscheinungsformen dargestellt werden müssen, sondern ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikos genügt. 63

Vor diesem Hintergrund bedurfte es auch nicht eines Hinweises auf ein etwaig aus der Voroperation der Klägerin resultierendes gesteigertes Risiko im Hinblick auf eine etwaig erforderliche Wahl eines über L1/L2 liegenden Zugangs. Dazu hat der Sachverständige erläutert, dass selbst bei thorakalen PDA oder Bauchoperationen, bei denen der Zugang deutlich über dieser Höhe und sogar im Brustwirbelbereich liegt, eine Aufklärung wie die vorliegende ausreichend ist. 64

Schließlich kann sich die Klägerin nicht darauf berufen, dass Dr. L die Risiken bagatellisierend verharmlost habe. Zwar hat die Klägerin hierzu erstinstanzlich vorgetragen, Dr. L habe auf ihren Einwand, dass sie aufgrund der massiven Risiken dem Eingriff eigentlich nicht zustimmen könne, erklärt, die Risiken könnten zwar eintreten, das sei aber noch nie passiert. Dies kann aber nur in dem Sinne verstanden werden, wie er sich aus der Anhörung der Klägerin im Senatstermin ergibt. Dort hat die Klägerin zwar auch geschildert, Dr. L habe gesagt, das sei noch nie passiert. Ergänzend hat sie jedoch angefügt, er habe ferner erklärt, er habe das noch nie erlebt. Nur in diesem Sinne, dass es nämlich in der Erfahrung des Dr. L als langjährigen Mitarbeiter des Beklagten zu 1. die Verwirklichung der genannten Risiken nicht gegeben habe, kann die Erklärung des Dr. L aus der maßgeblichen Sicht eines verständigen Dritten aufgefasst werden. Denn es ist fernliegend bzw. unmöglich, über ein Risiko aufzuklären, das noch nie in der Gesamtheit der medizinischen Erfahrung aufgetreten 65

ist. Da nicht ersichtlich ist, dass die auf seine Erfahrung bezogene Angabe des Dr. L falsch war, ist sie lediglich als Beruhigung der Klägerin, nicht aber als ?agatellisierung zu werten. Das wird auch dadurch bestätigt, dass Dr. L, wie die Klägerin ferner geschildert hat, noch ergänzt hat, dass der Eingriff von dem Beklagten zu 1. jeden Tag gemacht werde. Dies war, wie die Klägerin selbst geschildert hat, der Grund dafür, dass Dr. y sie an den Beklagten zu 1. überwiesen hatte.

Kann gerade auch vor dem Hintergrund der eigenen Schilderung der Klägerin die Äußerung des Dr. L nur in der vorgenannten Weise verstanden werden, bedurfte es seiner Vernehmung als Zeuge nicht, zumal der Sachverständige im Senatstermin diese Äußerung im Rahmen der Aufklärung auf ausdrückliche Nachfrage nicht beanstandet hat. 66

3. 67

Ohne Erfolg bleibt auch der von der Klägerin in II. Instanz erneut erhobene Einwand, die Aufklärung sei angesichts der Schwere des Eingriffs nicht rechtzeitig erfolgt. Mit der Klägerin war der allgemeine Behandlungsverlauf, bei dem nun in einem weiteren Schritt der Spinalkanalkatheter eingesetzt werden sollte, bekannt. Bereits vor dem Hintergrund dieses konkreten Eingriffs erfolgte die stationären Aufnahme unter dem 25.10.2004. Zudem war die Klägerin bereits anlässlich des Voreingriffes in nahezu derselben Weise aufgeklärt worden. Die von der Klägerin unterzeichnete Einwilligung enthält ebenfalls den handschriftlichen Hinweis des Dr. L u.a. auf das Risiko der Querschnittslähmung. Vor diesem Hintergrund war die an dem Tag vor dem Eingriff vom 26.10.2004 erfolgte Aufklärung der Klägerin ohne weiteres rechtzeitig. 68

C. 69

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit aus §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 70

D. 71

Die Revision war nicht zuzulassen. Der Rechtssache kommt weder eine grundsätzliche Bedeutung zu, noch ist eine Entscheidung des Revisionsgerichts wegen der Fortbildung des Rechts oder der Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich, § 543 Abs. 2 ZPO. 72