
Datum: 19.11.2013
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 25/13
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2013:1119.26U25.13.00

Vorinstanz: Landgericht Arnsberg, 5 O 49/11
Schlagworte: Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, Maximalversorgung
Normen: §§ 611, 280, 823, 253 BGB

Leitsätze:

Kann in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung bei einer Operation der medizinische Standard gewahrt werden, so muss der Patient nicht darauf hingewiesen werden, dass diese Operation auch von einem Krankenhaus der Maximalversorgung durchgeführt werden kann.

Eine Verlegung in eine Klinik der Maximalversorgung ist vor einer Operation nur dann geboten, wenn absehbar ist, dass der medizinische Standard in der Klinik der Grund- und Regelversorgung nicht eingehalten werden kann.

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 11. Dezember 2012 verkündete Urteil der 5. Zivilkammer des Landgerichts Arnsberg wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufungsinstanz werden dem Kläger auferlegt.

Das angefochtene Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung von 110 Prozent des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe

leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der am ###.##.#### geborene Kläger begehrt von der Beklagten wegen vermeintlicher ärztlicher Behandlungsfehler in der Hauptsache die Zahlung eines mit mindestens 40.000 € für angemessen gehaltenen Schmerzensgeldes und die Feststellung weitergehender Ersatzpflicht.

Er befand sich in dem Zeitraum vom 04. bis 16.09.2009 wegen einer Pankreatitis in stationärer Behandlung im Krankenhaus der Beklagten. Am 7.9.2009 wurde bei ihm eine ERCP (endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie mit Papillotomie) durchgeführt. Am 8.9.2009 erfolgte eine zweite ERCP, bei der eine Kunststoff-Endoprothese (Stent) eingebracht wurde. Während eines zweiten stationären Aufenthaltes in den Zeitraum vom 12. - 18.10.2009 wurde in einer Operation vom 13.10.2009 laparoskopisch die Gallenblase entfernt. Die Operation war erfolgreich. Am 3.11.2009 wurde der Kläger sodann erneut stationär aufgenommen, und am selben Tage operativ endoskopisch die Kunststoff-Endoprothese entfernt. Dabei kam es zu einer Duodenalperforation, die in der Nacht des 3.11.2009 im Wege der Notfalloperation durch Anlegung zweier Dränagen versorgt wurde. Am Folgetag wurde der Kläger in das Knappschafts Krankenhaus in C verlegt, wo die Perforation am selben Tage operativ übernäht wurde.

Der Kläger hat im Wesentlichen behauptet, dass die ERCPen nicht indiziert gewesen seien. Überdies sei bei der postoperativen Versorgung nach der Stententfernung am 3.11.2009 fehlerhaft eine Befunderhebung in Richtung auf die Perforation unterlassen worden, obwohl er frühzeitig über Schmerzen geklagt habe. Überdies sei fehlerhaft bei der Notoperation die schon zu diesem Zeitpunkt gebotene Übernähung unterlassen worden.

Darüber hinaus hat er gerügt, dass er nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden sei.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen.

Die ERCPen vom 7.9.2009 und 8.9.2009 und die Gallenblasenentfernung vom 13.10.2009 seien indiziert gewesen und lege artis durchgeführt worden. Dasselbe gelte für die Entfernung des Stents am 3.11.2009. Zwar sei es dabei zu einer

Perforation des Duodenum gekommen. Insoweit handele es sich aber um die Verwirklichung einer eingriffstypischen Komplikation. Sie habe die Indikation für die nachfolgende Notfalloperation am selben Tage ergeben. Diese sei rechtzeitig und lege artis im Krankenhaus der Beklagten durchgeführt worden.

Der Kläger könne sich auch nicht auf Aufklärungsmängel berufen. Hinsichtlich der Eingriffe im September und Oktober 2009 komme es auf die Frage der unvollständigen Aufklärung nicht an, weil sich keines der Risiken realisiert habe. Eine wirksame Einwilligung in die ERCP vom 3.11.2009 sei jedenfalls nach den Grundsätzen der hypothetischen Einwilligung gegeben. Hinsichtlich der Notfalloperation am selben Tage sei eine Aufklärung nicht erforderlich gewesen.

Dagegen richtet sich die Berufung des Klägers, der sein erstinstanzliches Begehren weiterverfolgt.	11
Bereits die Begutachtung durch einen lediglich chirurgischen Sachverständigen sei unzureichend gewesen, weil es auch um gastroenterologische Fragen gegangen sei.	12
Überdies seien dessen Feststellungen teilweise unzutreffend. Schon die erste ERCP vom 7.9.2009 sei fehlerhaft erfolgt, weil mangels Verschlusses des Gallenganges eine Indikation für diese Maßnahme nicht gegeben gewesen sei. Sowohl die erste als auch die zweite ERCP vom 8.9.2009 hätten sich deshalb bei fehlerfreiem Vorgehen erübrigt. Auch die dritte ERCP sei fehlerhaft nicht in einer Spezialklinik sondern im Haus der Beklagten erfolgt, wo mangels ausreichend qualifizierten Personals das eingriffstypische Risiko einer Perforation des Duodenums nicht beherrscht werden konnte. Darüber hinaus verbleibt der Kläger dabei, dass die Notoperation verspätet durchgeführt wurde, weil eine rechtzeitige differenzialdiagnostische Abklärung der Leckage und dementsprechend eine rechtzeitige Verlegung des Klägers in ein Spezialkrankenhaus unterlassen wurde. Hinzu komme, dass fehlerhaft nur Dränagen gelegt, nicht aber die Leckage verschlossen wurde.	13
Der Kläger macht weiterhin geltend, dass der Nachweis hinreichender Aufklärung und hinreichender Verständnismöglichkeit des Klägers nicht geführt worden sei. Eine ausreichende Aufklärung sei auch inhaltlich nicht erfolgt; insbesondere griffen die Grundsätze der hypothetischen Einwilligung nicht ein.	14
Der Kläger beantragt,	15
1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des erkennenden Senats gestellt wird, sowie als unselbstständige Nebenforderung 775,64 € zu zahlen, jeweils nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 20. Dezember 2011,	16
2. festzustellen, dass die Beklagte - vorbehaltlich eines Anspruchsübergangs - verpflichtet ist, ihm jeden materiellen Schaden und den weiteren zukünftigen, zurzeit nicht vorhersehbaren immateriellen Schaden aus der Behandlung in den Zeitraum vom 3. September 2009 bis zum 4. November 2009 zu ersetzen.	17
Die Beklagte beantragt,	18
die Berufung zurückzuweisen.	19
Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung.	20
Aus der gerichtlichen Begutachtung ergebe sich in Übereinstimmung mit den Gutachten vor der Gutachterkommission, dass die gesamte Behandlung im Krankenhaus der Beklagten indiziert und fehlerfrei durchgeführt worden sei. Insbesondere sei das eingesetzte Personal entsprechend den Anforderungen an ein Haus der Grund-und Regelversorgung hinreichend qualifiziert gewesen. Die Hinzuziehung eines weiteren Sachverständigen aus dem Gebiet der Gastroenterologie sei nicht erforderlich gewesen, weil der gerichtliche Sachverständige auch insoweit sachkundig sei und bereits im Verfahren vor der Gutachterkommission ein Gastroenterologe tätig gewesen sei.	21
Auch die Aufklärungsrüge gehe fehl. Der Kläger sei von den dazu als Zeugen benannten Ärzten umfassend aufgeklärt worden. Der Kläger habe diese Aufklärungen auch verstanden. Darüber hinaus wiederholt die Beklagte vorsorglich den bereits erstinstanzlich erhobenen	22

Einwand der hypothetischen Einwilligung.

Der Senat hat den Kläger persönlich angehört und Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung der Zeugen Dr. N, T und Dr. Y sowie durch Einholung eines mündlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. I. Wegen des Ergebnisses wird auf den Berichterstatteervermerk zum Senatstermin vom 19.11.2013 verwiesen. 23

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes, insbesondere des genauen Wortlautes der erstinstanzlich gestellten Anträge, wird auf die angefochtene Entscheidung und die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 24

II. 25

Die Berufung ist unbegründet. 26

Zu Recht hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Die von dem Kläger geltend gemachten Ansprüche stehen ihm nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu. 27

Der Senat stützt sich insoweit auf die erstinstanzliche Begutachtung durch den gerichtlichen Sachverständigen und die überzeugenden Ausführungen bei seiner Anhörung vor dem Senat. Der Sachverständige ist zu einer umfassenden Bewertung der Sachverhalts in der Lage gewesen. Zwar ist er Viszeralchirurg, so dass er von seinem Fachgebiet her kein Internist / Gastroenterologe ist. Er hat aber überzeugend dargelegt, dass die hier anstehenden Fragestellungen - soweit sie nicht dem chirurgischen Fachgebiet unterfallen - interdisziplinärer Natur sind, die insbesondere hinsichtlich der Indikation zur Operation sowohl von dem Chirurgen als auch von dem Gastroenterologen zu prüfen und zu beantworten sind. Belegt wird das zum Einen dadurch, dass es nach seinen Angaben auch interdisziplinäre Leitlinien gibt. Zum Anderen erscheint es überzeugend, dass gerade auch die Indikationsfrage von einem eine solche Operation durchführenden Chirurg geprüft werden muss. 28

1. 29

Ansprüche ergeben sich insbesondere nicht wegen des Vorliegens von Behandlungsfehlern gemäß den §§ 611, 280, 249 ff., 253 Abs.2 BGB. Denn es lässt sich nicht feststellen, dass den Beklagten derartige Fehler unterlaufen sind. 30

a. 31

Die ERCP vom 7.9.2009 mit der Durchführung der Papillotomie war indiziert. 32

Zwar war die Operation nicht schon wegen des Verdachtes eines vorhandenen behindernden Steines zwingend indiziert, weil die vor der ERCP durchgeführten Untersuchungen den Verdacht ergeben hatten, dass der Gallengang inzwischen frei sein könnte. Nach den Ausführungen des Sachverständigen in seinem schriftlichen Gutachten und bei seiner mündlichen Anhörung durch den Senat war aber die Indikation zur Durchführung einer ERCP vorliegend jedenfalls deshalb gegeben, weil das CT vom 5.9.2009 die Zunahme einer exsudativen Pankreatitis ergeben hatte, der entgegengewirkt werden musste. 33

b. 34

Auch die ERCP vom 8.9.2009 war indiziert. 35

Denn nach den Erläuterungen des Sachverständigen bestanden auch ohne Vorhandensein von Steinen weiterhin flussbehindernde Schwellungen, so dass die eingetretenen Stauungen anderweitig beseitigt werden mussten. Dazu war die Stenteinlage geeignet und notwendig.	36
c.	37
Die Operation vom 3.11.2009 mit der Entfernung des Stents war nach den Ausführungen des Sachverständigen in seinem schriftlichen Gutachten zwingend notwendig, weil die Stenteinlage eine zeitweilige Maßnahme darstellte und bei weiterer Verweildauer schwerwiegende Komplikationen, insbesondere Entzündungen der Gallengänge, zu befürchten waren.	38
Dass bei der Operation Behandlungsfehler unterlaufen sind, ist nach den	39
Ausführungen des Sachverständigen nicht festzustellen und wird von dem Kläger in der Berufungsinstanz auch nicht mehr verfolgt.	40
Der Kläger kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass im Haus der Beklagten überhaupt die Operation durchgeführt worden ist, obwohl man dort nach seiner Auffassung zur Beherrschung der typischen Komplikation einer Duodenalperforation nicht in der Lage gewesen sei.	41
Zutreffend ist, dass die Perforation nach den Ausführungen des Sachverständigen eine eingriffstypische Komplikation darstellt. Gleichwohl erforderte dieser Umstand nicht die Durchführung der Operation in einem Krankenhaus der Maximalversorgung. Der Sachverständige hat bereits bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Landgericht angegeben, dass die Komplikationen so selten seien, dass nicht in jedem Krankenhaus Spezialisten für die noch selteneren nicht beherrschbaren Perforationen vorgehalten werden könnten. Bei seiner Anhörung vor dem Senat hat er darüber hinaus dargelegt, dass auch deshalb keine Veranlassung bestanden habe, aus Gründen des Risikomanagements, den Patienten von vornherein in ein Spezialkrankenhaus oder Krankenhaus der Maximalversorgung zu verlegen, weil dort die Operation auch nicht anders durchgeführt worden wäre. Auf dieser Basis erscheint plausibel, dass die fragliche Versorgung im Krankenhaus der Beklagten - als einem solchen der Grund- und Regelversorgung - dem medizinischen Standard entsprochen hat. Eine Verlegung im Vorfeld der Operation wäre nur dann zu fordern gewesen, wenn der gebotene personelle oder sachliche Standard im Krankenhaus der Beklagten -absehbar – nicht eingehalten werden kann. (vgl. OLG-Urteil 3. ZS v. 23.10.06 - 3 U 141/06 - m.w.N., Juris-Veröffentlichung unter Rz.7 für Übernahme einer Notfallbehandlung). Das war hier nicht der Fall.	42
d.	43
Der Beklagten ist auch eine fehlerhafte postoperative Versorgung nach der ersten Operation am 03.11.2009 nicht anzulasten. Insbesondere ist es nicht fehlerhaft unterlassen worden, Befunde hinsichtlich einer Duodenalperforation zu erheben.	44
Die Befundung ist nicht verspätet eingeleitet und durchgeführt worden. Es kann	45
dabei dahingestellt bleiben, ob der Kläger bereits am Mittag über heftige Bauchschmerzen geklagt hat. Zum einen erscheint überzeugend, dass ein Patient in den ersten Stunden nach der Operation aufgrund der Schmerzmittelgabe, auch wenn diese die Schmerzen nicht vollständig abdeckt, keine hinreichend auf eine Perforation deutende Beschwerdeschilderung	46

abgeben kann. Zum anderen ist plausibel, dass zunächst die weitere Entwicklung abgewartet werden durfte und musste, weil abdominale postoperative Schmerzen in den ersten sechs Stunden nach der Operation sehr häufig sind, während die Perforation sehr selten ist. Andernfalls würde eine Vielzahl von Patienten ohne Perforation unnötigerweise operiert.	
e.	47
Es lässt sich nicht feststellen, dass die Notoperation in der Nacht des 3.11.2009 behandlungsfehlerhaft durchgeführt worden ist.	48
aa.	49
Ausweislich des Operationsberichts ist nach den Ausführungen des Sachverständigen ein dem medizinischen Standard entsprechendes Vorgehen gewählt worden.	50
bb.	51
Insbesondere stellt es auch keinen Behandlungsfehler dar, dass lediglich zwei Dränagen gelegt und nicht bereits die Leckage durch Übernähung geschlossen wurde.	52
Dabei kann dahingestellt bleiben, ob die Leckagestelle wegen der erschwerten Zugänglichkeit des Zwölffingerdarmes nicht gefunden und deshalb nicht übernäht werden konnte, oder man entsprechend dem - jedoch nicht zeitnahen - nachträglichen Bericht des Operateurs T vom 3.1.2010 von einem spontanen Leckageverschluss ausgegangen ist und deshalb eine Übernähung nicht verfolgt hat. In beiden Fällen bewegt sich das Verhalten der Operateure im Korridor des medizinischen Standards und ist deshalb nicht fehlerhaft.	53
Bereits in seinem schriftlichen Gutachten hat der Sachverständige die Anlage nur	54
einer ausgedehnten Dränage unter Berücksichtigung der nächtlichen Notfallsituation in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung bei der notwendigen Ex-ante-Sicht als akzeptabel angesehen. Dabei hat er überzeugend darauf abgestellt, dass bei der Entscheidung zur Operation der zu erwartende Befund, die persönliche Erfahrung der zur Verfügung stehenden Operateure und die zeitliche Verzögerung der Erstversorgung bei nächtlicher Verlegung des Patienten in ein spezialisiertes Zentrum zu berücksichtigen seien. Hinzu kommt noch, dass nach den Ausführungen des Sachverständigen vor dem Senat mit dem Anlegen der Dränagen und dem Ausfließen der Flüssigkeit die Situation nicht mehr dramatisch war und Zeit für eine geplante Verlegung geschaffen werden konnte. Das deckt sich mit den Gutachten Dr. F und Dr. G für die Gutachterkommission, in denen ebenfalls eine Mehrzahl von Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt worden ist, wobei es zunächst darum gehe, eine Dränagemöglichkeit zu schaffen.	55
Ein Behandlungsfehler, erst recht ein solcher mit negativen Folgen, lässt sich zur Überzeugung des Senats nicht feststellen.	56
f.	57
Auch im Übrigen hat der Sachverständige die Behandlung bei der notwendigen Ex-Ante-Sicht als schlüssig, zeitnah und adäquat innerhalb des Behandlungsspektrums des medizinischen Standards bewertet. Dem schließt sich der Senat an.	58
2.	59
	60

Die Beklagten haften auch nicht etwa gem. den §§ 823, 253 Abs.2, 249 ff. BGB für sämtliche Folgen der Operation schon deshalb, weil die Operation mangels wirksamer Einwilligung des Klägers insgesamt rechtswidrig gewesen sein könnte.	
Denn die Einwilligung ist wirksam gewesen.	61
a.	62
Ohne Erfolg rügt der Kläger, dass er sämtliche Aufklärungsbögen und -gespräche mangels Hinzuziehung eines Dolmetschers nicht habe verstehen können.	63
Der Senat ist davon überzeugt, dass der Kläger die ihm erteilten Aufklärungen verstanden und den Mitarbeitern der Beklagten keine Anhaltspunkte für ein Nichtverstehen gegeben hat.	64
Schon der langjährige Aufenthalt in Deutschland seit 1980, mehrjähriger deutschsprachiger Schulbesuch und die berufliche Tätigkeit in Deutschland sprechen dagegen, dass der Kläger nur so geringe Sprachkenntnisse gehabt haben könnte, dass die Erklärungen der aufklärenden Ärzte nicht hat verstehen können.	65
Darüber hinaus haben die dazu vom Senat vernommenen Zeugen Dr. N, Dr. Y und T bestätigt, dass es keinerlei Verständigungsschwierigkeiten gegeben habe. Für die Zeugen hat auf der Basis ihrer Angaben auch keine Motivation bestanden, eine vom Patienten nicht verstandene Aufklärung ausreichen zu lassen, denn es waren türkischsprachiges Personal und nach den Angaben der Zeugin Dr. Y auch türkischsprachige Aufklärungsbögen vorhanden, so dass Verständnisschwierigkeiten ohne weiteres hätten überwunden werden können.	66
Überdies hat der Kläger Unterschriften unter Aufklärungsbögen geleistet, obwohl das bei Nichtverstehen des zu Unterschreibenden nicht zu erwarten gewesen wäre.	67
Hinzu kommt, dass der Kläger gegenüber den aufklärenden Ärzten auf Verständnisschwierigkeiten auch nicht hingewiesen hat.	68
Der Senat geht deshalb von ausreichender Verständnissfähigkeit aus.	69
Soweit der Kläger bestritten hat, die Aufklärungsbögen durchgelesen zu haben, ist das ein Umstand, der in seinem eigenen Verantwortungsbereich liegt und den er sich dementsprechend selbst zuzurechnen hat.	70
b.	71
Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht auch fest, dass der Kläger inhaltlich hinreichend aufgeklärt worden ist.	72
aa.	73
Insbesondere sind ihm die Risiken der ERCP seit dem Aufklärungsgespräch vom 6.9.2009 bekannt gewesen.	74
Bereits der schriftliche Aufklärungsbogen, der unstreitig von dem Kläger unterzeichnet worden ist, führt insbesondere das Risiko der Durchstoßung (Perforation) der Wand unter anderem des Zwölffingerdarmes auf und weist darauf hin, dass dies sehr selten sei, aber gegebenenfalls dadurch eine Operation	75

erforderlich werden könnte. Bereits diese schriftliche Urkunde stellt ein gewichtiges Indiz dafür dar, dass auch eine entsprechende mündliche Aufklärung stattgefunden hat. Darüber hinaus hat vorliegend die Zeugin Dr. N, die als Internistin auch zur Aufklärung berufen gewesen ist, dazu konkret insbesondere bestätigt, dass sie das Risiko einer Perforation auch für den Patienten verständlich so darstelle, dass es zu einem Loch kommen könne, dass dann operiert werden müsse. 76

Des weiteren existiert ein am 3.11.2009 vom Kläger unterzeichneter schriftlicher Aufklärungsbogen, der erneut auf die Risiken hinweist und handschriftlich unter anderem das Risiko der Perforation ausweist. Dazu hat die aufklärende Ärztin Dr. Y bekundet, dass sie dem Kläger die wesentlichen Risiken geschildert hat, und die vorhandenen handschriftlichen Ergänzungen gerade die Punkte nochmals verdeutlichen sollten, über die aufgeklärt worden sei. 77

Der Sachverständige hat diese Aufklärung aus medizinischer Sicht für ausreichend erachtet. Insbesondere hat er plausibel dargelegt, dass er konkrete, die Risiken betreffenden Prozentzahlen, die hinsichtlich der hier gegebenen Perforation bei den Ziehen eines Stents auch nicht bekannt sind, nicht für erforderlich hält und selbst auch nicht angeben würde. Nach seiner Auffassung erscheint es ausreichend, das Risiko zu benennen und es als sehr selten zu bezeichnen. 78

Eine ausreichende Aufklärung hält auch der Senat bei juristischer Bewertung für gegeben. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der Senat anschließt, muss der Patient nur "im Großen und Ganzen" über Chancen und Risiken der Behandlung aufgeklärt werden. Nicht erforderlich ist die exakte medizinische Beschreibung der in Betracht kommenden Risiken, dem Patienten muss nur eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren vermittelt werden, damit er eigenverantwortlich über die Frage der Operation entscheiden kann (vgl. etwa BGH-Urteil v. 14.03.2006 - VI ZR 279/04 -, Juris-Veröffentlichung unter Rz.13). Dabei sind an den dem Arzt 79

obliegenden Beweis der ordnungsmäßigen Aufklärung des Patienten keine unbilligen und übertriebenen Anforderungen zu stellen. Ist einiger Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch erbracht, sollte dem Arzt im Zweifel geglaubt werden, dass die Aufklärung auch im Einzelfall in der gebotenen Weise geschehen ist; dies auch mit Rücksicht darauf, dass aus vielerlei verständlichen Gründen Patienten sich im Nachhinein an den genauen Inhalt solcher Gespräche, die für sie etwa vor allem von therapeutischer Bedeutung waren, nicht mehr erinnern (vgl. etwa BGH-Urteil v. 8.1.1985 - VI ZR 15/83 -, Juris-Veröffentlichung unter Rz.13). 80

Der Senat ist deshalb davon überzeugt, dass der Kläger seit dem 6.9.2009, insbesondere aber vor der ihn schädigenden Operation vom 3.11.2009 über die Risiken, namentlich das der Perforation, hinreichend aufgeklärt gewesen ist. 81

Ob vor der Notfalloperation in der Nacht des 3.11.2009 eine Aufklärung zwingend notwendig gewesen ist muss ebenso wenig entschieden werden wie die Frage, ob der Kläger ggfs. hypothetischer in die Notfalloperation eingewilligt hätte. Denn sowohl der vor der Operation unterzeichnete, mit handschriftlichen Ergänzungen versehene Aufklärungsbogen als auch die Bekundungen des Zeugen T belegen, dass tatsächlich eine ausreichende Aufklärung stattgefunden hat. 82

bb. 83

Der Kläger kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass er nicht über die Möglichkeit der Operationsdurchführung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung aufgeklärt worden ist.

Insoweit handelt es sich nicht um eine echte Behandlungsalternative, die nur dann gegeben ist, wenn die Methode des Arztes nicht diejenige der Wahl ist oder konkret 85

eine echte medizinische Alternative mit gleichwertigen Chancen, aber andersartigen Risiken besteht. Nach den Ausführungen des Sachverständigen geht der Senat davon aus, dass die Operation in dem Krankenhaus der Beklagten dem medizinischen Standard entsprechend durchgeführt werden konnte und in einem Krankenhaus der Maximalversorgung nicht anders erfolgt wäre. Chancen und Risiken der Behandlung waren deshalb gleich, so dass eine echte Behandlungsalternative nicht bestanden hat. Auf die Durchführung der Erstoperation gerade in einem Krankenhaus der Maximalversorgung hatte der Kläger keinen Anspruch, so dass dies mit ihm auch nicht zu erörtern gewesen ist. 86

Eine Haftung der Beklagten ist damit insgesamt nicht gegeben. Die die Klage abweisende Entscheidung des Landgerichts ist nicht zu beanstanden. Die dagegen gerichtete Berufung hat keinen Erfolg. 87

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs.1 ZPO; die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr.10, 713, 543 ZPO. 88

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und auch keine Entscheidung des Revisionsgerichts zur Fortbildung des Rechts oder zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordert. 89