
Datum: 15.11.2016
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 37/14
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2016:1115.26U37.14.00

Vorinstanz: Landgericht Bochum, I-6 O 91/11
Schlagworte: Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs bei Behandlungsfehlern
Normen: §§ 280, 823, 253 BGB

Leitsätze:

Wird auf Grund eines ärztlichen Behandlungsfehlers ein weiterer Eingriff erforderlich und fehlerhaft durchgeführt, hat der erstbehandelnde Arzt auch für diesen Behandlungsfehler grundsätzlich zu haften. Der Zurechnungszusammenhang kann dann unterbrochen sein, wenn der zweitbehandelnde Arzt die ärztliche Sorgfaltspflicht in außergewöhnlich hohem Maße verletzt (besonders grober Behandlungsfehler). Die Annahme allein eines groben Behandlungsfehlers unterbricht den Zusammenhang dagegen nicht.

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 29. Januar 2014 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Bochum teilweise abgeändert und insgesamt wie folgt neu gefasst:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 70.000,00 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB aus 45.000,00 € seit dem 01.11.2010 sowie aus weiteren 25.000,00 € seit dem 26.09.2012 zu zahlen.
2. Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, die Klägerin von jeglichen nicht vorhersehbaren künftigen materiellen

Schäden freizustellen und jegliche nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen, die auf die fehlerhafte Behandlung ab dem 06.04.2009 zurückzuführen sind, sofern diese nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.

3. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 30.160,00 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB aus 8.320,00 € seit dem 01.11.2010 sowie aus weiteren 21.840,00 € seit dem 26.09.2012 zu zahlen.

4. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin vorbehaltlich einer wesentlichen Änderung ihrer Leistungsfähigkeit fiktive Haushaltsführungskosten in Höhe von 156,00 € monatlich, beginnend mit dem Monat Januar 2014, zahlbar jeweils spätestens bis zum 05. Kalendertag des nachfolgenden Kalendermonats – nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB ab dem jeweils 6. Kalendertags, beginnend mit dem 6.2.2014 bis einschließlich zum 6.12.2016 – zu zahlen;

5. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin außergerichtliche, nicht anrechenbare Rechtsanwaltsgebühren in Höhe von 4.005,54 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 01.11.2010 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die weitergehende Klage bleibt abgewiesen.

Von den erstinstanzlichen Kosten tragen die Klägerin 60 % und die Beklagte 40 %.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden der Klägerin zu 69 % und der Beklagten zu 31 % auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Beide Parteien dürfen die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die jeweils andere Partei vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

Die am ###.##.1962 geborene Klägerin nimmt die Beklagte wegen einer vermeintlich fehlerhaften ärztlichen Behandlung im Q Hospital in S in der Zeit vom 17.03.2009 bis zum 05.05.2009 auf Schmerzensgeld, Ersatz des Haushaltsführungsschadens, Feststellung

1

2

3

zukünftiger Schadensersatzpflicht und Herausgabe der Krankenunterlagen in Anspruch.

Nachdem am 17.03.2009 bei ambulanter Vorstellung der Klägerin im Hause der Beklagten die Diagnose eines Upside-Down-Stomach im Sinne einer großen Fornixkaskade gestellt worden war, und die Ärzte auch wegen des Leidensdrucks der Klägerin die Durchführung einer laparoskopischen Gastropexie empfohlen hatten, befand sich die Klägerin vom 02.04. bis zum 09.04.2009 in stationärer Behandlung bei der Beklagten. Am 06.04.2009 führte Dr. K die Operation durch, wobei im Operationsbericht beschrieben ist, dass der Fundus an das Zwerchfell mit Hilfe von 5 Nähten angenäht wurde. 4

Eine am 26.05.2009 in der radiologischen Praxis Dr. T3 durchgeführte Magen- und Darmpassage ergab, dass sich die Funduskaskade nur wenig kleiner als präoperativ darstellte. Die Klägerin begab sich deshalb am 29.06.2009 zur Revisionsoperation in das N-Hospital in I. Im Operationsbericht vom 06.07.2009 heißt es, dass sich eine Fixation von der Fundus-/Korpusgrenze über den Korpus an die ventrale Bauchwand fände, mit nicht viel resorbierbarem Nahtmaterial. Die Nähte wurden gelöst, wonach sich der Magen prall füllte. 5

Anfang November 2009 wurde im St. F Krankenhaus in S eine Pleuritis behandelt. Die Klägerin klagte über atemabhängige linksthorakale Schmerzen. Eine weitere Magen-Darm Passage in der Praxis Dr. T3 ergab am 28.04.2010 wiederum eine große hintere Funduskaskade. Die Klägerin wurde deshalb am 25.05.2010 im L-Krankenhaus S erneut operiert. Im oberen Magenanteil war der Fundus massiv ausgeweitet. An der Stelle, wo der Magen bei der ersten Operation an der Bauchwand fixiert war, hatte sich eine Narbe gebildet. Diese wurde entfernt, übergroße Fundusteile wurden reseziert. 6

Am 18.06.2010 zeigte eine erneute Magen-Darm Passage eine Stenose am Ösophagus Magenübergang. Im Juli 2010 wurde wiederum im L-Krankenhaus S eine Erweiterung des gastroösophalen Übergangs bis 18 mm vorgenommen. Die Klägerin hatte sich wegen Schluckbeschwerden ins Krankenhaus begeben. 7

Im August 2010 musste in demselben Krankenhaus in offener Operationsweise eine atypische Magenteilresektion vorgenommen werden. Magenfundus und Magenkorpus wurden reseziert. Jetzt ergab sich ein Magenschlauch bei der Klägerin. Anschließend kam es zu Wundheilungsstörungen. 8

Weitere stationäre Aufenthalte im L-Krankenhaus erfolgten im November 2010, Februar 2011 und April/Mai 2012. Zunächst waren eine Bauchdeckenrevision, eine großflächige Exzision und ein primärer Wundverschluss notwendig geworden. Anschließend nahmen die Ärzte erneut eine Ballonerweiterung der Speiseröhre im Übergang zum Magen vor. Letztlich erfolgte noch eine Narbenrevision. 9

Schließlich wurde die Klägerin vom 28.08. bis zum 06.09.2013 im St. B Hospital in I stationär behandelt. Sie hatte Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme. Es zeigte sich eine deutlich gestörte Magenentleerung. Die Ärzte unternahmen einen konservativen Therapieversuch. 10

Zuletzt befand sich die Klägerin in der Zeit vom 11.11.2013 bis zum 28.11.2013 im St. B Hospital in I. Gemäß Arztbericht erfolgte am 20.11.2013 eine Laparotomie, eine ausgiebige offene Adhäsilyse, Aufhebung der Gastropexie sowie Durchführung einer hinteren unteren Gastrojejunostomie nach Roux-Y isoperistaltisch. 11

Die Klägerin hat behauptet, im Haus der Beklagten fehlerhaft behandelt worden zu sein. Ihr gesamter Leidensweg, insbesondere die zahlreichen Operationen seien sämtlich wegen der 12

fehlerhaft durchgeführten Operation vom 06.04.2009 notwendig geworden.

Die Beklagte ist der Ansicht gewesen, die Behandlung sei zu jedem Zeitpunkt symptom- und befundgerecht entsprechend dem fachärztlichen Standard erfolgt. Die von der Klägerin behaupteten Beeinträchtigungen und Beschwerden seien nicht auf eine fehlerhafte Behandlung im Hause der Beklagten zurückzuführen. 13

Sowohl die Klägerin, als auch die Beklagte haben der N-Hospital I den Streit verkündet. Diese ist dem Rechtsstreit nicht beigetreten. Weiterhin hat die Klägerin dem Operateur des Eingriffs vom 06.07.2009, Prof. Dr. T, den Streit verkündet. Ein Beitritt ist ebenfalls nicht erfolgt. 14

Das **Landgericht** hat der Klage sachverständig beraten durch Prof. Dr. y teilweise stattgegeben. Die Operation vom 06.04.2009 sei medizinisch indiziert gewesen, aber fehlerhaft ausgeführt worden. Die Funduskaskade habe praktisch unverändert fortbestanden. Hätte der Operateur den höchsten Punkt des Fundus fixiert, hätte nach der Operation eine erneute Abkipfung nicht stattfinden können. Die Fixation im Bereich der Fundus-/Korpusgrenze habe aber bewirkt, dass der darüber liegende Teil des Fundus nach vorne oder hinten abknicken konnte. Die Revisionsoperation im Juli 2009 sei wiederum fehlerhaft durchgeführt worden, da im N-Hospital I die fehlerhaft fixierten Nähte lediglich gelöst, also der Staus Quo wieder hergestellt worden sei. Der Operateur der Revisionsoperation habe versäumt, den Magen nunmehr korrekt aufzuhängen. Alle weiteren Komplikationen wären nicht entstanden, wenn diese Zweitoperation nicht unzureichend erfolgt wäre. Es sei vorliegend aufgrund eines groben Behandlungsfehlers im oberen Bereich durch den Zweitschädiger hinsichtlich der Komplikationen von einer Unterbrechung des Kausalzusammenhangs auszugehen. Das Verhalten des Operateurs in I bei der Revisionsoperation sei nach den Behandlungsunterlagen völlig unverständlich gewesen. Gründe, die gegen ein richtiges Aufhängen des Magens sprechen könnten, seien nicht ersichtlich. Auf der anderen Seite habe der Sachverständige nicht ausschließen wollen, dass der Operateur möglicherweise doch Gründe gehabt habe, die richtige Aufhängung des Magens nicht vorzunehmen. Soweit der Sachverständige angeregt habe, den Operateur zu den Umständen der Revisionsoperation als Zeugen zu befragen, hätten sich die Parteien aber trotz eingeräumter Gelegenheit zur Stellungnahme nicht auf das Zeugnis des Operateurs berufen. Eine Zeugenvernehmung von Amts wegen sehe die ZPO nicht vor. Es verbleibe danach bei den Feststellungen des Sachverständigen, dass mangels anderer Feststellungen ein grober Behandlungsfehler im oberen Bereich gegeben sei. Die Beklagte hafte aufgrund der Unterbrechung des Kausalzusammenhangs somit nicht für die Schäden, die nach der Revisionsoperation vom 06.07.2009 aufgetreten seien. Das Erfordernis der Revisionsoperation und die verbleibenden Schmerzen bzw. Beschwerden über einen Zeitraum von drei Monaten rechtfertigten ein Schmerzensgeld in Höhe von 8.000,00 €. Hinsichtlich der Haushaltsführung sei durch die der Beklagten zurechenbaren fehlerhaften Behandlung eine Zeitverzögerung von drei Monaten entstanden. Bei für die Haushaltstätigkeit benötigten 36 Stunden und einem Stundenlohn von 10,00 € ergebe sich ein Haushaltsführungsschaden von 4.680,00 €. Hinsichtlich der Anwaltskosten sei eine 2,0 Gebühr ausreichend. 15

Hiergegen richtet sich die Berufung der **Klägerin**, die ihr erstinstanzliches Begehren weiter verfolgt, soweit das Landgericht die Klage abgewiesen hat. Die Angelegenheit sei noch nicht entscheidungsreif gewesen. Der Sachverständige habe ohne vorherige Bewertung im schriftlichen Gutachten im Rahmen der mündlichen Verhandlung erstmals in Erwägung gezogen, dass das Unterlassen im Rahmen der Revisionsoperation einen groben 16

Behandlungsfehler am oberen Rand darstellen könnte, sofern der Operateur keinen Grund für dieses Vorgehen gehabt habe. Die Beklagte habe es verabsäumt, den Operateur als Zeugen zu benennen. Die Einschränkung, dass es Gründe geben könne, die gegen eine Aufhängung des Magens sprächen, relativiere die Einschätzung des Sachverständigen. Nachdem der Sachverständige im Rahmen der schriftlichen Begutachtung mit Einsicht in die Unterlagen nichts hierzu ausgeführt habe, habe die Beklagte den ihr obliegenden Beweis nicht erbracht, dass die Operation vom 06.07.2009 im Hause der Streitverkündeten einen groben Behandlungsfehler am oberen Rand darstelle. Es sei auch reine Spekulation, dass tatsächlich die weiteren Komplikationen nicht eingetreten wären, wenn der Magen richtig aufgehängt worden wäre. Der Sachverständige messe auch offensichtlich mit zweierlei Maß, indem er das falsche Annähen des Magens im Hause der Beklagten als grob behandlungsfehlerhaft bewerte, die Behandlung im nachbehandelnden Haus, bei dem die Nähte gelöst worden und lediglich nur der Magen nicht wieder neu angenäht worden sei, als einen gröblichsten Fehler darstelle. In der Qualität der beiden Fehler sei jedenfalls kein Unterschied, der Fehler im Haus der Beklagten, in dem der Magen an falscher Stelle angenäht worden sei, sei sogar deutlich schlimmer. Im konkreten Fall führe selbst ein – unterstellt – grober Behandlungsfehler am oberen Rand nicht zu einem Abbruch der Kausalität. Man könne wenn überhaupt von einem groben Behandlungsfehler des Nachbehandlers ausgehen, nicht aber von einem gröblichsten Fehler. Das Landgericht habe zudem verkannt, dass auch der Zurechenbarkeitszusammenhang nicht mehr gegeben sein dürfe. Hier habe die Zweitbehandlung gerade der Beseitigung negativer Folgen der Erstbehandlung gedient. Es handele sich somit um keinen Fehler der völlig losgelöst vom Erstereignis begleitend gemacht worden sei. Es bestehe ein enger zeitlicher und medizinischer Zusammenhang zwischen den beiden Behandlungen, so dass der Zurechnungszusammenhang zur Erstbehandlung nicht durch Fehler der Zweitbehandlung unterbrochen werde, er setze sich fort. Dass ein fehlerhaft behandelter Patient nicht Opfer einer fehlerhaften Nachoperation werde, sei gerade nicht gänzlich unwahrscheinlich.

Die **Klägerin** beantragt,

17

unter Aufrechterhaltung des am 29.01.2014 verkündeten und am 05.02.2015 zugestellten Urteils des Landgerichts Bochum, Az. 6 O 91/11) im Übrigen die Beklagte weiter nach den Schlussanträgen erster Instanz zu verurteilen.

18

Die **Beklagte** beantragt,

19

die Berufung zurückzuweisen.

20

Die **Beklagte** verteidigt das erstinstanzliche Urteil, soweit es ihr günstig ist. Das Landgericht sei zutreffend davon ausgegangen, dass hinsichtlich der Kausalität der Zurechnungszusammenhang unterbrochen sei. Bei der Revisionsoperation vom 06.07.2009 habe davon ausgegangen werden müssen, dass die Primäroperation vom 06.04.2009 medizinisch indiziert gewesen sei, so dass der höchste Punkt des Fundus habe fixiert werden müssen. Einer weiteren Beweisaufnahme habe es bereits deshalb nicht bedurft, da dem Sachverständigen sämtliche Krankenunterlagen des N-Hospitals I vorgelegen hätten.

21

Der Senat hat die Klägerin erneut persönlich angehört und den Zeugen Prof. Dr. T vernommen. Weiter hat der Senat Beweis erhoben durch Einholung eines ergänzenden viszeralchirurgischen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. y sowie eines pneumologischen Gutachtens nebst Ergänzungsgutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. X. Ferner haben beide Sachverständige ihr Gutachten mündlich erläutert und ergänzt. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsprotokolle vom

22

10.03.2015 und 25.10.2016 verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, insbesondere auch des Wortlautes der erstinstanzlich gestellten Anträge, wird auf die angefochtene Entscheidung sowie die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 23

II. 24

Die Berufung der Klägerin ist zulässig und teilweise begründet. 25

Der Klägerin steht über die erstinstanzlich zuerkannten Beträge hinaus gegen die Beklagte ein weitergehender Anspruch auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden nach den §§ 611, 280, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB bzw. 823, 831, 249, 253 Abs. 2 BGB zu. Die Berufung der Klägerin hat insoweit Erfolg, als dass abweichend vom Landgericht hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen nicht von einer Unterbrechung des Kausalzusammenhangs wegen des Vorliegens eines gröblichsten Nachbehandlungsfehlers auszugehen ist. 26

Der Senat stützt sich dabei aus den nachfolgenden Gründen auf die erstinstanzliche Begutachtung durch den gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. y sowie seine umfassenden und überzeugenden Ausführungen im Rahmen seines Ergänzungsgutachtens und bei seiner Anhörung vor dem Senat. An der hohen Qualifikation und Sachkunde des Sachverständigen im Bereich der Viszeralchirurgie bestehen keine Zweifel. Der Sachverständige Prof. Dr. y hat sich bereits erstinstanzlich dezidiert mit dem zu beurteilenden medizinischen Sachverhalt auseinandergesetzt. Er vermochte auch im Rahmen seiner Anhörung durch den Senat seine Feststellungen und fachlichen Beurteilungen unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde überzeugend zu vertreten. Daneben stützt sich der Senat hinsichtlich der Bewertung der gesundheitlichen Folgen auf das ebenso überzeugende Gutachten des pneumologischen Sachverständigen Prof. Dr. X. 27

1. 28

Der Klägerin steht zunächst gegen die Beklagte dem Grunde nach ein Anspruch auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden wegen eines im Zuge des Eingriffs vom 06.04.2009 begangenen Behandlungsfehlers des Operateurs im Krankenhaus der Beklagten zu. 29

Nach den im Berufungsverfahren bindenden Feststellungen des Landgerichts ist die aufgrund der Beschwerden der Klägerin eindeutig indizierte laparoskopische Gastropexie in der Klinik der Beklagten am 06.04.2009 fehlerhaft durchgeführt worden. Der Magen wurde bei der Operation nicht in der richtigen Weise positioniert und befestigt. Die Nähte wurden fehlerhaft so gesetzt, dass es erneut zu einem Abkippen und einer Verdrehung des Magens gekommen ist. Hätte der Operateur den höchsten Punkt des Fundus fixiert, so hätte nach der Operation eine erneute Abkipfung nicht stattfinden können. Auf der postoperativen Röntgenaufnahme vom 26.05.2009 ist ausweislich der Angaben des Sachverständigen Prof. Dr. y zu erkennen, dass die Funduskaskade praktisch unverändert fortbestanden hat. 30

Die fehlerhafte Fixation des Magens beim Ersteingriff ist als einfacher Behandlungsfehler einzustufen. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen im Gutachten vom 10.04.2012 (Bl. 138, 164 d.A.) handelt es sich nicht um einen schwerwiegenden Behandlungsfehler, weil die Operationsstrategie grundsätzlich sachgerecht gewesen ist. Der Übergang vom Zwerchfell zur vorderen Bauchwand ist fließend; es ist nach Angabe des Sachverständigen denkbar, dass in Verkennung der tatsächlichen Verhältnisse ein oder zwei Nähte zu wenig gesetzt wurden, oder dass bei der Naht der Fundus unbemerkt nach hinten 31

abgerutscht ist. Soweit es sich danach möglicherweise um eine intraoperative Fehleinschätzung handelt, ist die Annahme eines groben Behandlungsfehlers nicht gerechtfertigt.

Soweit sich die Klägerin in ihrer Berufung nunmehr mit der Begründung auf das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers beruft, es sei im Vergleich zur Revisionsoperation vom 06.07.2009 in der Qualität der beiden Fehler kein Unterschied festzustellen, der Fehler im Haus der Beklagten, in dem der Magen an falscher Stelle angenäht worden sei, sei sogar deutlich schlimmer, ist der Sachverständige Prof. Dr. y im Senatstermin bei seiner Einschätzung verblieben. Er hat nochmals anschaulich dargelegt, dass eine derartige intraoperative Fehleinschätzung zwar eine Abweichung vom medizinischen Facharzt-Standard darstellt, aber auch einem guten Operateur passieren kann. Dem schließt sich der Senat aus eigener Überzeugung an. 32

2. 33

Die Beklagte haftet danach für sämtliche Schadensfolgen, die auf die behandlungsfehlerhaft durchgeführte Gastropexie vom 06.04.2009 zurückzuführen sind. 34

Entgegen der Auffassung des Landgerichts sind der Beklagten dabei aber nicht nur – aufgrund einer Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs – die bis zur Revisionsoperation vom 06.07.2009 entstandenen Schäden zuzurechnen. 35

a) Die Beklagte hat dafür zu haften, dass die Klägerin wegen der fehlerhaften Fixierung des Magens erneut operiert werden musste, über einen Zeitraum von drei Monaten Schmerzen und Beschwerden zu erleiden hatte und in dieser Zeit in der Führung ihres Haushalts eingeschränkt war. Dies steht im Berufungsverfahren auch nicht mehr im Streit. 36

b) Soweit darüber hinaus nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme alle weiteren teils schwerwiegenden Komplikationen, die in der Folgezeit bei der Klägerin aufgetreten sind, nicht entstanden wären, wenn die Revisionsoperation vom 06.07.2009 nicht ebenfalls unzureichend erfolgt wäre, sind diese Folgen ebenfalls kausal auf den der Beklagten zuzurechnenden Behandlungsfehler zurückzuführen und dieser somit zuzurechnen. 37

Die Revisionsoperation im N-Hospital in I ist wiederum fehlerhaft durchgeführt worden, da dort im Rahmen des Eingriffs die fehlerhaft fixierten Nähte lediglich gelöst, also der Status quo ante wiederhergestellt wurde. Der dortige Operateur Prof. Dr. T hat es fehlerhaft versäumt, den Magen der Klägerin nunmehr korrekt aufzuhängen. 38

Dadurch, dass die weiterhin bestehende Abkippung des Magens im Anschluss längere Zeit unbehandelt blieb, ist es zu einer Magenblähung gekommen. Die massive Ausweitung des Fundus machte dann eine Magenteilresektion notwendig. Die danach aufgetretene Magentransportschädigung ist nach Angabe des Sachverständigen eine bekannte Komplikation bei einer Magenteilresektion. Möglicherweise ist es durch die länger anhaltende Magenblähung auch zu einer passageren Stauchung der Lunge gekommen. All diese Komplikationen hätten vermieden werden können, wenn spätestens bei der Revisionsoperation vom 06.07.2009 der Magen korrekt aufgehängt worden wäre. 39

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist es auch nicht „reine Spekulation“, dass tatsächlich die weiteren Komplikationen nicht eingetreten wären, wenn der Magen zu diesem Zeitpunkt richtig aufgehängt worden wäre. Der Sachverständige hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten dargelegt, dass die Operation vom 20.05.2010 und ihre Folgen vermeidbar 40

gewesen wären, wenn bei der Revisionsoperation vom 06.07.2009 auch die notwendige, richtig sitzende Gastropexie vorgenommen worden wäre. Er hat im Senatstermin nochmals dargelegt, dass es bei einer solchen Operation wie der vom 06.04.2009 in 20 bis 30 % der Fälle zwar vorkommt, dass Restbeschwerden wie z.B. Aufstoßen verbleiben. Wäre der Ersteingriff im April 2009 aber regelrecht erfolgt, dann wären sämtliche Folgeoperationen vermieden worden. Insoweit gilt Gleiches auch für die Folgeoperation vom 06.07.2009, dass bei regelrechter Durchführung die weiteren Folgeeingriffe vermieden worden wären.

c) Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist im Streitfall nicht von einer Unterbrechung des Kausalzusammenhangs mit der Folge auszugehen, dass die Beklagte für die weiteren Schäden, die nach der Revisionsoperation vom 06.07.2009 aufgetreten sind, nicht haftet. 41

Wird aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers ein weiterer Eingriff erforderlich, der dem Patient bei korrektem medizinischem Vorgehen erspart geblieben wäre, hat der erstbehandelnde Arzt haftungsrechtlich für den weiteren Eingriff einzustehen. Dabei umfasst seine Einstandspflicht regelmäßig auch die Folgen eines Fehlers des nachbehandelnden Arztes (vgl. BGH Urteil vom 06.05.2003 – VI ZR 259/02, VersR 2003, 1128). 42

Sind nach einem Behandlungsfehler durch den erstbehandelnden Arzt Folgeschäden aus einer Behandlung durch einen nachbehandelnden Arzt zu beurteilen, tritt eine zur Unterbrechung des Zurechenbarkeitszusammenhangs führende Begrenzung der Einstandspflicht des Erstbehandlers nur ausnahmsweise in bestimmten Sonderfällen ein. So kann es an dem erforderlichen inneren Zusammenhang fehlen, wenn das Schadensrisiko der Erstbehandlung im Zeitpunkt der Weiterbehandlung schon gänzlich abgeklungen war, sich der Behandlungsfehler des Erstbehandelnden auf den weiteren Krankheitsverlauf also nicht mehr ausgewirkt hat (vgl. BGH Urteil vom 28.01.1986 – VI ZR 83/85, VersR 1986, 601; Urteil vom 20.09.1988 – VI ZR 37/88, VersR 1988, 1273). Gleiches gilt, wenn es um die Behandlung einer Krankheit geht, die mit dem Anlass für die Erstbehandlung in keiner Beziehung steht, oder wenn der die Zweitschädigung herbeiführende Arzt in außergewöhnlich hohem Maße die an ein gewissenhaftes ärztliches Verhalten zu stellenden Anforderungen außer Acht gelassen und derart gegen alle ärztlichen Regeln und Erfahrungen verstoßen hat, dass der eingetretene Schaden seinem Handeln haftungsrechtlich-wertend allein zugeordnet werden muss (BGH Urteil vom 20.09.1988 – VI ZR 37/88, aaO; BGH Urteil vom 06.05.2003 – VI ZR 259/02, VersR 2003, 1128; BGH, Urteil vom 22.05.2012 – VI ZR 157/11 –, VersR 2012, 905). 43

Der Senat ist nach der ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme überzeugt, dass der Fehler des nachbehandelnden Arztes Prof. Dr. T im Rahmen der Revisionsoperation nicht als völlig ungewöhnlich und unsachgemäß einzustufen ist und sich damit nicht als besonders grober Behandlungsfehler darstellt, der den Zurechnungszusammenhang entfallen lässt. 44

aa) Das Landgericht ist gestützt auf die erstmals im Rahmen der mündlichen Anhörung getätigten Angaben des Sachverständigen von einem besonders groben Behandlungsfehler ausgegangen. Prof. Dr. y hat das Verhalten des Operators bei der Revisionsoperation vom 06.07.2009, der lediglich den alten Zustand des Magens wiederhergestellt hat, erstinstanzlich im Rahmen seiner mündlichen Ausführungen als völlig unverständlich bewertet und ist ausweislich des Protokolls vom 06.11.2013 zu dem Schluss gelangt, dass es sich um einen Behandlungsfehler im oberen Bereich handelt. Gründe, die angesichts der bestehenden medizinischen Indikation gegen ein richtiges Aufhängen des Magens sprechen könnten, waren für den Sachverständigen nach Auswertung der kompletten Behandlungsunterlagen aus dem N-Hospital in I nicht ersichtlich. 45

Der Sachverständige hat erstinstanzlich insoweit einschränkend in Erwägung gezogen, dass das Unterlassen im Rahmen der Revisionsoperation einen groben Behandlungsfehler am oberen Rand darstellt, sofern der Operateur keinen plausiblen und nachvollziehbaren Grund für dieses Vorgehen gehabt hat. Theoretisch kommt hier eine Infragestellung der ursprünglichen Indikation durch den Nachbehandler oder eine Verletzung des Magens bei der Revisionsoperation in Betracht. Der Sachverständige konnte diesbezüglich aber den Behandlungsunterlagen der Revisionsoperation nichts entnehmen. Gründe, von der medizinisch erforderlichen Aufhängung des Magens abzusehen, sind nicht dokumentiert. Nach den von ihm ausgewerteten schriftlichen Unterlagen ist das Verhalten des Operators in I daher völlig unverständlich. Es ist für den Sachverständigen nicht nachvollziehbar gewesen, warum dieser auf eine erneute Aufhängung verzichtet hat; zumal der Aufwand es nun richtig zu machen sehr gering gewesen wäre.

Der Sachverständige hat im Rahmen seiner ergänzenden Ausführungen im Senatstermin nochmals bejaht, dass nach Aktenlage in Bezug auf die Operation vom 06.07.2009 ein schwerwiegender Fehler vorliegt. Grund hierfür ist, dass der Operateur der Klägerin zumindest einen weiteren Revisionseingriff zugemutet hat, weil er auf halber Strecke stehen geblieben ist. Dies macht für ihn den Umstand aus, dass das ärztliche Verhalten schlechterdings nicht mehr nachvollziehbar ist. Der Sachverständige hat es als vollkommen unverständlich bezeichnet, dass der Magen der Klägerin bei der Revisionsoperation im Juli 2009 nicht korrekt aufgehängt worden ist.

47

Der Sachverständige Prof. Dr. y hat im Senatstermin danach einen groben Fehler eindeutig bejaht. Er hat aber hinsichtlich des zu einer Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs führenden besonders groben Behandlungsfehlers einschränkend ausgeführt, dass es sich bei der vom Landgericht protokollierten Aussage, dass es sich um einen schwerwiegenden Fehler im oberen Bereich gehandelt habe, nicht um seine eigene Diktion, sondern allein diejenige des Landgerichts gehandelt habe. Auf die Frage, welche Folge ein solcher Fehler für einen Arzt in seiner Klinik gehabt hätte, hat der Sachverständige ausführlich angegeben, dass der Fehler zu einer mündlichen Abmahnung durch ihn geführt hätte, die aber nicht an die Verwaltung der Klinik geschickt worden wäre. Eine Kündigung oder gar Folgen für die Approbation hätte der Fehler nicht nach sich gezogen. Befragt, ob tatsächlich ein Abweichen vom gewissenhaften ärztlichen Verhalten in einem außergewöhnlichen Maß vorliegt, hat er zunächst nur einen schwerwiegenden Fehler bejaht.

48

bb) Soweit der Sachverständige zur weiteren Aufklärung des Umfangs des bei der Revisionsoperation begangenen Behandlungsfehlers die Vernehmung des Operators Prof. Dr. T als Zeugen für zwingend erforderlich angesehen hat, ist er auch nach den im Senatstermin getätigten Angaben des Zeugen dabei verblieben, dass kein über einen groben Behandlungsfehler hinausgehendes ärztliches Fehlverhalten vorgelegen hat.

49

Der Zeuge Prof. Dr. T hat bekundet, im Rahmen des Revisionseingriffs einen suspekten Situs vorgefunden, sodann erst einmal die Naht gelöst und dann anatomisch reponiert und eine Prallfüllung des Magens gemacht zu haben. Dabei habe sich kein pathologisches Korrelat und insbesondere kein geknickter Fundus gezeigt. Der Zeuge hat dargelegt, er habe sodann intraoperativ keinen Anhaltspunkt gesehen, weiter operativ tätig zu werden. Die Schmerzen der Klägerin hätten sich durch das Annähen an das Peritoneum erklären lassen, ebenfalls die Siphonbildung in Höhe der kleinen Krümmung. Der Zeuge hat erklärt, dass ihm der Operationsbericht des Ersteingriffs vom 06.04.2009 bekannt gewesen ist. Er vermochte sich auch noch daran zu erinnern, dass ihm die vor der Operation vom 06.04.2009 gefertigten

50

Röntgenaufnahmen vorgelegen haben sowie weitere vor dem Revisionseingriff gefertigte Aufnahmen.

Der Sachverständige hat sodann ausführlich dargelegt, dass auch nach Anhörung des Zeugen Prof. Dr. T die Revisionsoperation vom 06.07.2009 aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar bleibt. Grund hierfür ist, dass mit dem Vorgehen vom 06.07.2009 die Indikation für die vorangegangene Operation vom 06.04.2009 in Frage gestellt worden ist, obwohl hierfür keinerlei Anlass bestanden hat. Der Sachverständige hat bereits zuvor noch allein unter Berücksichtigung des Operationsberichts die Vermutung geäußert, dass der Zeuge sich davon hat täuschen lassen, dass sich der Magen der Klägerin nach Lösung der Fäden im Bauchraum ausgebreitet hat. Er hat basierend auf den Angaben des Zeugen nunmehr seine Vermutung bestätigt gefunden und dargelegt, dass der Magen nach dem Lösen der zuvor falsch gesetzten Nähte bei liegender Patientin anatomisch korrekt dagelegen hat. Allerdings hätte man für ein regelrechtes Vorgehen die Patientin im Anschluss im Stehen untersuchen müssen. Nur dann hätten sich die etwaigen Folgen zeigen können. Man hätte bei regelrechtem Vorgehen im Rahmen des Revisionseingriffs die Nähte lösen, aber sodann wieder an richtiger Stelle platzieren müssen. Soweit dieses nicht geschehen ist, ist dieses Vorgehen aufgrund der Voruntersuchungen der ersten Operation aus medizinischer Sicht unverständlich. Der Zeuge Prof. Dr. T hat nach Angabe des Sachverständigen sehenden Auges die weiterhin bestehende Indikation für den Voreingriff vom 06.04.2009 verworfen. Soweit er lediglich den Status quo ante wiederhergestellt hat, hätte er aber wissen müssen, dass der Patientin mit ganz hoher Wahrscheinlichkeit hierdurch nicht geholfen wird.

51

Den im Rahmen der Revisionsoperation vom 06.07.2009 erfolgten Behandlungsfehler hat der Sachverständige nunmehr auch unter Berücksichtigung der Bekundungen des Operators Prof. Dr. T als eindeutig groben Behandlungsfehler, nicht aber als besonders groben Fehler eingestuft. Dabei hat ihn insbesondere die Röntgenaufnahme vom 26.05.2009 zu der Annahme eines groben Behandlungsfehlers geleitet, da hieraus eindeutig hervorging, dass die ursprünglichen Beschwerden der Klägerin durch die erste Operation nicht behoben worden sind. Er hat sodann aber nochmals darauf verwiesen, dass es in seiner Klinik zwar zu einer Abmahnung durch ihn gekommen wäre, die Verwaltung oder Klinikleitung allerdings nicht informiert worden wäre. Es wäre nach Einschätzung des Sachverständigen auch nichts bezüglich der Approbation eines derart vorgehenden Kollegen unternommen und auch die Ärztekammer nicht informiert worden. Auch zur Überzeugung des Senats hat der Zeuge Prof. Dr. T danach im Rahmen der Revisionsoperation vom 06.07.2009 trotz des ihm zur Last zu legenden groben Behandlungsfehlers die an ein gewissenhaftes ärztliches Verhalten zu stellenden Anforderungen nicht in einem derart außergewöhnlich hohen Maße außer Acht gelassen und derart gegen alle ärztlichen Regeln und Erfahrungen verstoßen, dass der eingetretene Schaden allein seinem Handeln zugeordnet werden muss. Die für eine Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs beweisbelastete Beklagte hat danach den ihr obliegenden Beweis eines besonders groben Fehlers des Nachbehandlers nicht erbracht.

52

3.

53

Zur Bestimmung der auf dem Behandlungsfehler beruhenden kausalen gesundheitlichen Folgen hat der Senat ein Ergänzungsgutachten des viszeralchirurgischen Sachverständigen Prof. Dr. Y sowie ein pneumologisches Zusatzgutachten des Sachverständigen Prof. Dr. X eingeholt.

54

Der Sachverständige Prof. Dr. Y hat dabei in seinem Ergänzungsgutachten vom 22.02.2016 nochmals ausgeführt, dass bei korrekter Platzierung der Nähte im Rahmen der Revisionsoperation vom 06.07.2009 der ursprüngliche Behandlungsfehler der Beklagten bei

55

der ersten Operation vom 06.04.2009 als Gesundheitsschäden nur die Beschwerden während der Zeit zwischen den beiden Operationen und die Revisionsoperation vom 06.07.2009 selbst nach sich gezogen hätte. Die Klägerin wäre voraussichtlich geheilt und die Behandlung beendet gewesen. Dabei hätte sie bei regelrechter Vornahme der Revisionsoperation noch die gleichen Heilungschancen wie bei regelrechter Erstoperation gehabt.

a) Der chirurgische Sachverständige Prof. Dr. y hat bereits in seinem Erstgutachten (S. 27 ff = Bl. 164 ff d.A.) und in dessen Erläuterung vor dem Landgericht zwischen zurechenbaren und nicht zurechenbaren Behandlungsfolgen und Komplikationen differenziert. Letztlich wären alle weiteren Komplikationen, die auf der nicht korrekten Lage des Magens beruhen, ohne die fehlerhafte Erstoperation und vor allem die fehlerhafte Revisionsoperation nicht entstanden. Eine an der richtigen Stelle gesetzte Gastropexie hätte den nachfolgenden komplizierten Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit vermeiden können. Aus diesem Grund sind nach den ergänzenden Ausführungen des Sachverständigen im Gutachten vom 22.02.2016 sämtliche Folgen und damit auch die notwendigen Korrekturoperationen dem unsachgemäßen Ersteingriff zuzuschreiben. Sämtliche Operationen nach dem 06.07.2009 sind aus dem Grund erforderlich gewesen, weil sich der Zustand des nicht korrekt aufgehängten Magens erheblich verschlechtert hat. Die Klägerin hat mittlerweile eine Vielzahl von Eingriffen über sich ergehen lassen müssen, die teilweise erhebliche nachteilige Folgen nach sich gezogen haben. 56

Der Sachverständige hat hierzu in seinem Ergänzungsgutachten vom 22.02.2016 erweiternd ausgeführt. Er hat dargelegt, dass zunächst als unmittelbare Folgen der nicht geglückten Operation vom 06.04.2009 anzusehen sind: 57

- anhaltende, sich verschlechternde Beschwerden, weiterhin bestehende schmerzhaft große hintere Fornix-Kaskade mit der Folge eines weiteren stationären Aufenthalts vom 29.06. bis zum 10.07.2009 mit Revisionsoperation vom 06.07.2009; 58

- die Anschlussheilbehandlung vom 22.09. bis 13.10.2009 im Reha Zentrum C ist nach Angabe des Sachverständigen ebenfalls dem vorausgegangenen Behandlungsverlauf zuzuschreiben und wäre bei Vornahme nur einer Operation nicht erforderlich gewesen; 59

Als der fehlerhaften Erstbehandlung zuzurechnende, im Falle einer am 06.07.2009 ordnungsgemäß erfolgten Revisionsoperation vermeidbare Folgen hat der Sachverständige im Wesentlichen angegeben: 60

- stationärer Aufenthalt vom 07.05. bis 02.06.2010 im L-Krankenhaus S mit atypischer Magenteilresektion, Hiatoplastik und Semi-Fundoplicatio, Narbenentfernung; 61

- stationärer Aufenthalt vom 26.07. bis 31.08.2010 im L-Krankenhaus S. Erweiterung des gastroösophalen Übergangs nach Stenose am Ösophagus-Magenübergang. Weitere Magenteilresektion in offener Operationsweise im Magenkorpus und -fundusbereich mit kompletter Fundusresektion im Sinne einer Gastroplastik mit anschließenden Wundheilungsstörungen; 62

- weitere stationäre Aufenthalte im L-Krankenhaus im November 2010, Februar 2011 und April/Mai 2012 mit Bauchdeckenrevision, großflächiger Exzision und primärerem Wundverschluss; anschließend erneuter Ballonerweiterung der Speiseröhre im Übergang zum Magen und Narbenrevision; 63

- vom 28.08. bis zum 06.09.2013 im St. B Hospital in I stationär wegen deutlich gestörter Magenentleerung. Die Ärzte unternahmen einen konservativen Therapieversuch;
 - 11.11. bis 28.11.2013 im St. B Hospital in I; Laparotomie, offene Adhäsiolektomie, Aufhebung der Gastropexie sowie Durchführung einer hinteren unteren Gastrojejunostomie nach Roux-Y. 65
- Der Sachverständige hat hinsichtlich der Folgeoperationen ausgeführt, dass die Magenteilresektionen deshalb notwendig geworden ist, weil die erste und zweite Operation nicht korrekt ausgeführt worden sind. Die anschließende Magentransportschädigung ist wiederum eine bekannte Komplikation der Magenteilresektion. 66
- b) Die Beschwerden der Klägerin auf pneumologischem Gebiet können demgegenüber nicht mit der erforderlichen Sicherheit auf den streitgegenständlichen Eingriff zurückgeführt werden. Zur der klägerischen Behauptung, wonach die eingeschränkte Lungenfunktion und die Atembeschwerden in Zusammenhang mit der fehlerhaften Erstoperation vom 06.04.2009 stünden, liegen das pneumologische Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. X vom 09.01.2016 sowie dessen Ergänzungsgutachten vom 13.05.2015 vor. 67
- Bei der Klägerin haben sich wiederholt Befunde einer lungenfunktionellen Restriktion in Form einer Verkleinerung des Lungenvolumens gezeigt. Es bestehen symptomatisch Thoraxschmerzen und Luftnot auf höherer Belastungsstufe. 68
- Der Sachverständige Prof. Dr. X vermochte in seinem Gutachten einen sicheren Rückschluss der geschilderten thorakalen Beschwerden auf die Erstoperation nicht vorzunehmen und gelangte zu dem Schluss, dass diese eher multifaktorell bedingt sind. Es kann seinen Angaben nach aufgrund der Komplexität der Krankheitsgeschichte und der Befundkonstellation nicht mit Sicherheit zwischen den unterschiedlichen möglichen Ursachen für die lungenfunktionell erfasste Restriktion unterschieden werden. Dabei bleibt letztlich unklar, ob die Magenvergrößerung passager zusätzlich zu den anderen möglichen Bedingungen zu den respiratorischen Beschwerden beigetragen hat. Insgesamt hat er angeführt, dass wesentliche respiratorische Einschränkungen durch den Behandlungsfehler wenig wahrscheinlich sind. Insbesondere die 2009 aufgetretene Pleuritis (Rippenfellentzündung) hat der Sachverständige als völlig eigenständiges Krankheitsbild gewertet. 69
- Soweit die Klägerin das Ergebnis des pneumologischen Gutachtens infrage gestellt hat, ist der Sachverständige Prof. Dr. X im Rahmen seines Ergänzungsgutachtens vom 13.05.2016 bei seiner Bewertung verblieben. Nach umfassenden Untersuchungen der Klägerin ergab sich letztlich nur eine leichte restriktive Ventilationsstörung, wobei die lungenfunktionell erfasste leichte Restriktion nicht geklärt werden konnte. Der Sachverständige vermochte einen Zusammenhang mit den abdominalen Operationen nicht sicher auszuschließen. Er hat aber darauf verwiesen, dass die Einschränkungen der Lungenfunktion gering und letztlich nicht belastungseinschränkend sind. 70
- Der Sachverständige hat im Rahmen seiner ergänzenden Ausführungen im Senatstermin nochmals klargestellt, dass die Lungenbeschwerden unter denen die Klägerin leidet und gelitten hat, nicht der Operation vom 06.04.2009 oder der Revisionsoperation vom 06.07.2009 zugeordnet werden können. Dabei hat er darauf verwiesen, dass als Ergebnis der 16.03.2016 durch ihn vorgenommenen umfassenden, Untersuchungen keine wesentlichen Atembeschwerden festzustellen waren, was sich sowohl in der Befragung als auch in der Untersuchung selbst gezeigt hat. Die geringfügig bestehende Funktionsbeeinträchtigung der 71

Lunge war unter Belastung nicht respiratorisch einschränkend. Im Ergebnis hat sich bei der Klägerin ein Trainingsmangel gezeigt, der nach Einschätzung des Sachverständigen auch mit den unter Belastung auftretenden abdominellen Schmerzen zusammenhängen kann.

Auch hinsichtlich der bei der Klägerin aufgetretenen Pleuritis ist der Sachverständige Prof. Dr. X dabei verbleiben, dass insoweit von einem eigenständigen Krankheitsbild auszugehen ist. Er hat insoweit darauf verwiesen, dass bei der Klägerin bereits zuvor eine Pleuritis aufgetreten war. Ferner hat er die zuvor vom Sachverständigen Prof. Dr. y getätigte Angabe bestätigt, dass eine Pleuritis keine normale Komplikation des streitgegenständlichen Eingriffs darstellt und nur sehr selten in maximal 5 % aller Fälle postoperativ vorkommt. Entsprechend kann die Pleuritis mit ihren gesundheitlichen Folgen und der damit verbundene stationäre Aufenthalt vom 30.10. bis 07.11.2009 nicht der fehlerhaft durchgeführten Operation vom 06.04.2009 oder Revisionsoperation vom 06.07.2009 zugerechnet werden. Der Sachverständige konnte nur vermuten, dass seinerzeit ggf. ein hochgedrücktes Zwerchfell rein passager zu einer eingeschränkten Lungenfunktion bei der Klägerin geführt hat. Eine auf den Operationen beruhende Zwerchfellparese konnte er aber sicher ausschließen. Es bleibt angesichts der Vielzahl von Alternativursachen letztlich spekulativ, ob das damalige Akutereignis (auch) auf die zuvor durchgeführten stationären Aufenthalte zurückzuführen ist.

4. 73

Der Klägerin steht gegen die Beklagte danach ein Anspruch auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden nach den § 249, 253 Abs. 2 BGB zu. 74

a) Die Klägerin kann gemäß § 253 Abs. 2 ZPO ein angemessenes Schmerzensgeld verlangen, dessen Höhe der Senat mit 70.000 EUR bemisst. 75

Dabei ist insbesondere der besonders langwierige und komplikationsträchtige Krankheitsverlauf, der schließlich nach mehreren Eingriffen zu einer Magenteilresektion geführt hat, zu berücksichtigen. Die Klägerin befand sich vielfach langfristig in Krankenhäusern und musste sich von Mai 2009 bis Ende 2013 vielfachen ärztlichen Behandlungen und Operationen mit stationären Aufenthalten unterziehen. Neben der Länge der Behandlungszeit ist für die Höhe des Schmerzensgeldes bestimmend, dass die Klägerin nach wie vor erheblich beeinträchtigt ist und auch ihr gesamtes weiteres Leben lang in nicht unerheblichem Umfang zumindest in Form abdomineller Belastungsschmerzen beeinträchtigt sein wird. 76

b) Die Klägerin kann weiter die Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten für sämtliche weiteren zukünftigen materiellen sowie nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden verlangen. Das Feststellungsinteresse gemäß § 256 ZPO besteht schon deshalb, weil angesichts von Art und Schwere der Beeinträchtigung der Klägerin künftige Schadensfolgen möglich erscheinen. 77

c) Für die Zeit vom 06.04.2009 bis zum 31.12.2013 hat die Klägerin Anspruch auf Ersatz des Haushaltsführungsschadens in Höhe von insgesamt 30.160,00 €. 78

Der Senat stützt sich dabei hinsichtlich der Beeinträchtigung der Klägerin bei der Haushaltsführung auf die umfassenden Angaben des Sachverständigen Prof. Dr. y, der detaillierte Ausführungen zur den Zeiten und dem Umfang gemacht, in denen die Klägerin in ihrer Haushaltsführung eingeschränkt gewesen ist (vgl. Gutachten v. 10.04.2012, S. 31 ff; Bl. 168 ff d.A.; Protokoll v. 06.11.2013, S. 4, Bl. 420 d.A.; Gutachten v. 22.02.2016; Protokoll v. 25.10.2016, S. 6). Danach wäre die Klägerin bei korrekter Behandlung einen Monat nach der 79

Operation vom 06.04.2009 wieder in der Lage gewesen, den von ihr allein geführten Einpersonen-Haushalt mit einer Größe von 120 qm wieder in vollem Umfang zu führen.

Für das Jahr 2009 ergibt sich durch die fehlerhafte Behandlung danach für einen Monat nach dem Eingriff vom 06.07.2009 ein vollständiger Ausfall der Klägerin bei der Abwicklung ihres Haushalts. Für die Monate Mai und Juni sowie ab August 2009 ist der Sachverständige von einer Einschränkung von jeweils 1/3 ausgegangen. 80

In der Bewertung der stationären Behandlungen und der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin in den Folgejahren 2010 bis 2013 hat der Sachverständige teil leichte, teils erhebliche Einschränkungen angenommen und ist in der Summe von einer dauerhaften Einschränkung der Fähigkeit zur Haushaltsführung von 1/3 für diesen Zeitraum ausgegangen. 81

Der Senat hat gemäß § 287 ZPO in Übereinstimmung mit dem Landgericht den Zeitumfang zur Abwicklung der kompletten Haushaltstätigkeit auf 36 Stunden pro Woche geschätzt und einen angemessenen Stundenlohn in Höhe von 10,00 € in Ansatz gebracht. Für das Jahr 2009 ergibt sich danach ein Betrag von 5.200,00 € (Monat Juli 100% = 1.560,00 €, daneben insg. 7 Monate 1/3 = 3.640,00 €). Für die Jahre 2010 bis 2013 ergibt sich einer Beeinträchtigung von 1/3 jeweils eine Summe von 6.240,00 €. 82

d) Die Klägerin kann darüber hinaus für die Zeit ab dem 01.01.2014 vorbehaltlich einer wesentlichen Änderung ihrer Leistungsfähigkeit fiktive Haushaltsführungskosten in Höhe von 156,00 € monatlich geltend machen. Der Sachverständige Prof. Dr. y hat ausgeführt, dass auch nach dem letzten operativen Eingriff von November 2013 in geringerem Umfang dauerhafte Einschränkungen in Form von Narbenproblemen und Schmerzen nach dem Essen und bei Belastung verbleiben. Dies hat der Sachverständige Prof. Dr. X bestätigt und hat unter Bezugnahme auf die am 16.03.2016 durch ihn erfolgten Untersuchungen ausgeführt, dass die Klägerin nur bis zu 95 Watt belastbar gewesen ist, bis die Untersuchung aufgrund heftiger Bauchschmerzen der Klägerin abgebrochen werden musste. 83

Der Senat bewertet die sich aus den gesundheitlichen Beeinträchtigungen dauerhaft ergebenden Einschränkungen bei der Haushaltsführung mit 10 %. Danach steht ihr ein monatlich zu erstattender Haushaltsführungsschaden in Höhe von 156,00 € (1/10 der Summe aus 36 Stunden x 13 Wochen : 3 Monate x 10,00 €) zu. 84

e) Weiterhin kann die Klägerin ausgehend von dem seinerzeit in Ansatz gebrachten Gegenstandswert von 113.125,00 € und einer im vorliegenden Fall angemessenen 2,0-Gebühr den Ersatz der verauslagten vorgerichtlichen Anwaltskosten in Höhe von 4.005,54 € EUR geltend machen. 85

f) Der Zinsanspruch für den Schmerzensgeldanspruch sowie die geltend gemachten materiellen Schäden ist gemäß §§ 288, 291 BGB begründet. 86

5. 87

Soweit die Klägerin in der Berufung weiterhin einen Anspruch auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen geltend macht, fehlt es bereits an einem dezidierten Berufungsangriff. Überdies ist das Landgericht fehlerfrei davon ausgegangen, dass die Unterlagen der Klägerin bereits vor Klageerhebung übersandt worden sind. 88

III. 89

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 92 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf 708 Nr. 10, 711 ZPO.	90
Die Revision war nicht zuzulassen, da die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und auch die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung keine Entscheidung des Revisionsgerichts erfordern, § 543 Abs. 2 ZPO. Die für die Entscheidung maßgeblichen Rechtsfragen sind solche des Einzelfalls.	91
	92
Am 03.01.2017 erging folgender Berichtigungsbeschluss:	93
1.	94
Der Tenor des Urteils des 26. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Hamm vom 15.11.2016 wird hinsichtlich der Ziffer 2) gemäß § 319 ZPO wegen offenkundiger Unrichtigkeit dahingehend berichtigt, dass er wie folgt lautet:	95
2. Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, die Klägerin von jeglichen nicht bereits bezifferten materiellen Schäden freizustellen und jegliche nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen, die auf die fehlerhafte Behandlung ab dem 06.04.2009 zurückzuführen sind, sofern diese nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.	96
2.	97
Der Tatbestand des Urteils des 26. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Hamm vom 15.11.2016 wird gemäß § 319 ZPO wegen offenkundiger Unrichtigkeit dahingehend berichtigt, dass der Antrag der Klägerin auf Seite 7, 2. Absatz wie folgt lautet:	98
unter Aufrechterhaltung des am 29.01.2014 verkündeten und am 05.02.2014 zugestellten Urteils des Landgerichts Bochum, Az. 6 O 91/11 im Übrigen die Beklagte weiter nach den Schlussanträgen erster Instanz zu verurteilen; den Feststellungsantrag zu 2) mit der Maßgabe, dass die Feststellung jegliche materiellen Schäden betreffen soll, die nicht bereits beziffert worden sind.	99
	100
Gründe:	101
Es liegt im Senatsurteil vom 15.11.2015 hinsichtlich des Feststellungsantrags zu 2) eine offensichtliche Unrichtigkeit vor, die dem Antrag der Klägerin entsprechend nach § 319 ZPO zu berichtigen war.	102
Die Klägerin hat im Senatstermin vom 10.03.2015 (vgl. Protokoll Bl. 535 d.A.) ihren ursprünglichen Feststellungsantrag ausdrücklich mit der Maßgabe gestellt, dass die Feststellung jegliche materiellen Schäden betreffen soll, die nicht bereits beziffert worden sind. Nachdem dieser Antrag ausdrücklich gestellt und vom Senat auch entsprechend entschieden worden ist, waren Tenor und Tatbestand hinsichtlich des Feststellungsantrags insoweit zu berichtigen. Es wurde im Tenor wie im Tatbestand lediglich versehentlich die ursprüngliche Antragsfassung wiedergegeben. Tatsächlich entsprach die Feststellung der Freistellung der Klägerin von jeglichen nicht bereits bezifferten materiellen Schäden der Willensbildung des Senats. Entsprechend ist auch in den Entscheidungsgründen des Urteils	103

unter Ziffer 4b. (S. 20) zwischen den weiteren zukünftigen materiellen und den nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden differenziert worden.
