
Datum: 02.02.2024
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 36/23
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2024:0202.26U36.23.00

Vorinstanz: Landgericht Bochum, I-6 O 113/19
Schlagworte: Aufklärung vor einer Operation an der Wirbelsäule
Normen: §§ 630a, 280, 823, 253 BGB
Leitsätze:

Kommen für die Behandlung eines Patienten (hier an der Wirbelsäule) sowohl eine operative als auch eine konservative Beandlung in Betracht, ist eine umfassende Aufklärung geboten. Der Patient muss in der Lage sein, einen Abwägungsprozess zwischen der konservativen Behandlung und dem operativen Vorgang vorzunehmen. Dieser Abwägungsprozess ist zu dokumentieren.

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 25. Januar 2023 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Bochum abgeändert.

Die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an die Klägerin 50.000,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 12. Juni 2019 zu zahlen.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche materiellen Schäden aus Anlass der streitgegenständlichen Fehlbehandlung sowie solche zukünftigen immateriellen Schäden, die aus einer heute nicht absehbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin folgen und die auf der

streitgegenständlichen Behandlung der Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) beruhen, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger und/oder andere Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden.

Im Übrigen bleibt die Klage abgewiesen und wird die Berufung zurückgewiesen.

Von den Gerichtskosten des Rechtsstreits werden der Klägerin 20 % und den Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) 80 % auferlegt.

Die außergerichtlichen Kosten der Klägerin tragen die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) zu 80 %, die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 4) trägt die Klägerin.

Im Übrigen tragen die Parteien ihre Kosten selbst.

Dieses Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Parteien dürfen die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung von 110

% des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht jeweils die gegnerische Partei vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die am 28.03.1958 geborene Klägerin macht gegenüber den Beklagten Schmerzensgeld sowie die Feststellung der Einstandspflicht für materielle und nicht vorhersehbare immaterielle Schäden aufgrund einer vermeintlich fehlerhaften Aufklärung und Behandlung, insbesondere in Bezug auf die Operationen vom 27.01.2016 und 05.07.2016, geltend. 1

Seit dem Jahr 2003 litt die Klägerin unter einer chronisch-progredienten Ischialgie mit begleitender Lumbalgie. Im November 2015 intensivierten sich die Schmerzen im LWS-Bereich, die in das rechte Bein ausstrahlten. Die Klägerin empfand Taubheitsgefühle und ein Kältegefühl im Fuß. Diese Lumbalgien waren bewegungsunabhängig. Die Klägerin war deshalb in ambulanter Behandlung bei Dr. Q.. Dieser veranlasste eine MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 in einer Radiologiepraxis. Der Befundbericht des Facharztes für Radiologie datiert auf den 16.12.2015. 2

Am 06.01.2016 stellte sich die Klägerin erstmals in der Praxis der Beklagten zu 2) – einer Gemeinschaftspraxis mehrerer Ärzte, an der der Beklagte zu 1) beteiligt ist – vor. Dort wurde sie von dem Beklagten zu 1) behandelt, der zugleich angestellter Arzt beim Rechtsträger des St. Vincenz-Krankenhauses in Y. – der Beklagten zu 3) – ist. Bei der Vorstellung übergab die Klägerin dem Beklagten zu 1) die MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 sowie den Befundbericht 3

vom 16.12.2015.

Der Beklagte zu 1) diagnostizierte eine Bandscheibendegeneration bei LW4/5 mit nahezu vollständig aufgebrauchtem Zwischenwirbelraum entsprechend einer Degeneration vom Typ 5 nach Pfirrmann. Zudem stellte er ein Wirbelgleiten LW4 Grad I nach Meyerding sowie eine konsekutive Spinalkanalstenose LW4/5 fest. Weiter erkannte er auch im Bewegungssegment LW5/SW1 eine gewisse Degeneration. 4

Die Klägerin und der Beklagte zu 1) vereinbarten schließlich eine operative Wirbelkörperversteifung für den 27.01.2016 in Form einer posterioren lumbalen intercorporellen Fusion (= PLIF), wobei der Eingriff im St. Vincenz-Krankenhaus der Beklagten zu 3) in Y. durchgeführt werden sollte. 5

In der Patientenakte hielt der Beklagte zu 1) zu dem Termin am 06.01.2016 unter anderem fest: 6

„Vorgeschichte: 7

(06.01.16) 8

Die Pat. klagt seit Nov. 15 über exazerbierte Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in das re. Bein mit Taubheitsgefühl und Kältegefühl im Fuß. 9

L bewegungsunabhängig, L>I VB: Infiltrationen mit Diclo Beruf: Radiologe J. 10

(...) Behandlungsdaten: 11

(06.01.16) 12

PLIF L4/5 (konservative Therapie wird explizit nicht gewünscht) am 27.01.2016 stat. in Y.“ 13

In den Unterlagen der Beklagten zu 2) ist dokumentiert, dass die Klägerin am 11.01.2016 telefonisch eine Vorziehung der Operation wünschte, was terminlich nicht möglich gewesen sei. 14

Am 22.01.2016 fand eine Vorbesprechung der Operation und ein Aufklärungsgespräch zwischen der Klägerin und dem Beklagten zu 1) statt. Die Klägerin unterzeichnete den proCompliance-Aufklärungsbogen „Stabilisierende Operationen bei Verschleiß/Fehlstellung Fehlstellung (Lendenwirbelsäule, Übergang Brust-/Lendenwirbelsäule)“, welcher auf der 2. Seite unter der Überschrift „Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?“ folgenden vorformulierten Text enthielt: 15

„Es besteht die Möglichkeit einer konservativen Therapie durch Bettruhe, Korsett, Spritzen, Injektionen an die Wirbelgelenke, Infusionen, Medikamente oder durch physikalische Therapie (Krankengymnastik, Bestrahlung, etc.) über einen längeren Zeitraum. Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind eine Nervenwurzelblockade bzw. die sog. Wirbelsäulenkathetertechnik. Dabei werden Medikamente gezielt an die einzelnen Nervenwurzeln oder direkt in den Wirbelkanal gespritzt.“ 16

Nach dem bisherigen Krankheitsverlauf und aufgrund Ihrer Befunde hat Ihr Arzt Ihnen eine operative Stabilisierung empfohlen.“ 17

18

Ferner wurde auf der letzten Seite handschriftlich durch den Beklagten zu 1) vermerkt:
„alternativ: konservative Therapie“.

In der Dokumentation der Beklagten zu 2) befand sich unter dem 22.01.2016 unter anderem folgender Eintrag: 19

„Die Patientin erklärt sich mit dem mit Ihr besprochenen Eingriff voll und ganz einverstanden. Sie ist über alle möglichen konservativen und operativen Behandlungsmethoden aufgeklärt worden. Weitere Fragen hat die Patientin nicht mehr.“ 20

Die Klägerin wurde am 26.01.2016 im Krankenhaus der Beklagten zu 3) zur Durchführung der Wirbelsäulenversteifung stationär aufgenommen. Am 27.01.2016 führte der Beklagte zu 1) nach den entsprechenden Vorbereitungen im Rahmen seines Anstellungsvertrages mit der Beklagten zu 3) den geplanten Eingriff einer Wirbelkörperversteifung LW 4/5 in Form einer posterioren lumbalen intercorporellen Fusion (= PLIF) durch. Dabei wurden nach dem Operationsbericht eine EILF L 4/5, eine Hemifacettektomie L 4/5 beidseits, eine knöcherne Entdachung der Neuroforamina L5 beidseits und eine Ausräumung des Zwischenwirbelraums L4/5 von links und dann anschließend eine intercorporelle Spondylodese L4/5 mittels Implantation eines PEEK-Cages(32 x 10 mm, Juliet/Spineart) sowie eine Auffüllung mittels autologer Spongiosa und eine instrumentierte Reposition mittels Fixateur interne L4/5 (6 x 5 mm Romeo/Spineart) vorgenommen. Dabei erfolgte auch intraoperativ eine Röntgenkontrolle in 2 Ebenen. Der Eingriff als solcher verlief komplikationslos. 21

Eine am 29.01.2016 vorgenommene weitere postoperative Röntgenkontrolle wurde dahingehend befundet, dass das gesamte eingebrachte Implantatmaterial regelgerecht und ordnungsgemäß lag. 22

Am 01.02.2016 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung im Krankenhaus der Beklagten zu 3) entlassen. Weitere Vorstellungen fanden dort nicht statt. 23

Sowohl am 05.02.2016 als auch am 09.02.2016 stellte sich die Klägerin zur ambulanten Operationskontrolle in der Praxis der Beklagten zu 2) vor. Wegen einer Auffälligkeit im Wundbereich wurde prophylaktisch zur Verhinderung einer Wundinfektion eine Antibiose mit Cephalosporin verordnet, zudem wurden Schmerzmittel verschrieben. Wegen einer anderen Erkrankung - gastrointestinaler Infekt – war die Klägerin vom 21.02.2016 bis 24.02.2016 im Krankenhaus der Beklagten zu 3). In diesem Rahmen wurden am 21.02.2016 eine Röntgenaufnahme und am 22.02.2016 eine CT der LWS angefertigt. Eine erneute Vorstellung in der Praxis der Beklagten zu 2) erfolgte am 26.02.2016. 24

In der Zeit vom 02.03.2016 bis 30.03.2016 schloss sich eine orthopädische Rehabilitationsbehandlung in F. an. Nach deren Abschluss wurde der Klägerin ambulante Krankengymnastik verordnet, zudem begann sie mit Wassergymnastik und Reha-Sport. 25

Bei der erneuten Wiedervorstellung in der Praxis der Beklagten zu 2) am 13.05.2016 klagte die Klägerin – zumindest jetzt – über Schmerzen im Iliosakralgelenk sowie über Kribbelparästhesien. Insoweit wurde eine CT-Aufnahme veranlasst, die am 17.05.2016 anderweitig durchgeführt wurde. Mit den diesbezüglichen Aufnahmen stellte sich die Klägerin am 01.06.2016 erneut in der Praxis der Beklagten zu 2) vor. Hier wurde vom Beklagten zu 1) eine rechts etwas lateral liegende Pedikelschraube und zudem eine progrediente Anschlusspathologie im Bewegungssegment LW5/SW1 in Form einer Protrusion und Osteochondrose diagnostiziert. Der Beklagte zu 1) schlug der Klägerin jedenfalls eine PLIF-Verlängerung auf SW1 vor; dabei sollte auch eine Revision der lateral liegenden 26

Pedikelschraube erfolgen.

Der operative Eingriff sollte am 05.07.2016 im Ev. Krankenhaus E. durchgeführt werden. Das Ev. Krankenhaus E. wurde damals (noch) von der selbstständigen Ev. Krankenhaus E. gGmbH betrieben, deren Rechtsnachfolgerin die jetzige Beklagte zu 5) ist. Die Gesellschaftsanteile dieser juristischen Person werden von der Beklagten zu 4) gehalten. 27

Das Aufklärungsgespräch fand am 25.06.2016 in der Praxis der Beklagten zu 2) statt. Die Klägerin unterzeichnete wiederum den proCompliance-Aufklärungsbogen „*Stabilisierende Operationen bei Verschleiß/Fehlstellung (Lendenwirbelsäule, Übergang Brust-/Lendenwirbelsäule)*“, der neben dem oben zitierten vorformulierten Textbaustein auf Seite 2 unter der Überschrift „*Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?*“ erneut den handschriftlichen Vermerk „*alternativ: konservativ*“ enthielt. 28

In der Dokumentation vermerkte der Beklagte zu 1) unter anderem für den 24.06.2016: 29

„*Die Patientin erklärt sich mit dem mit Ihr besprochenen Eingriff voll und ganz einverstanden. Sie ist über alle möglichen konservativen und operativen Behandlungsmethoden aufgeklärt worden. Weitere Fragen hat die Patientin nicht mehr.*“ 30

Nach stationärer Aufnahme am 04.07.2016 im Ev. Krankenhaus E. führte der Beklagte zu 1) am 05.07.2016 den vereinbarten Eingriff durch. Dabei wurde u.a. eine Pedikelschraube L5 getauscht und ein weiteres, neues Implantat eingebracht. Auch hier wurde nach dem Eingriff eine entsprechende Röntgenkontrolle vorgenommen. 31

Der stationäre Aufenthalt im Ev. Krankenhaus in E. dauerte bis zum 10.07.2016. 32

Bei den erneuten Vorstellungen der Klägerin in der Praxis der Beklagten zu 2) am 15.07.2016 und am 18.07.2016 wurde eine gewisse Schmerzmedikation verordnet und die Klägerin wurde weiter krankgeschrieben. 33

Sie trat erneut eine entsprechende Rehabilitationsbehandlung in der Klinik in F. an. Zuletzt stellte sich die Klägerin am 21.10.2016 bei dem Beklagten zu 1) in der Praxis der Beklagten zu 2) vor. 34

Wegen fortbestehender Beschwerden suchte die Klägerin nunmehr unter dem 10.11.2016 PD Dr. med. K. S. in der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums H. auf. Hier wurde eine eingehende Untersuchung vorgenommen. Der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund ergab Hypästhesien am rechten lateralen Ober- und Unterschenkel sowie an der Fußaußenkante, der Fußsohle und dem Fußrücken rechts und zudem eine schmerzbedingte Minderbewegung des rechten Beines für die Fußsenkung, Fußhebung und Kniestreckung. Zudem wurden weitere Röntgenfunktionsaufnahmen und ein CT der LWS angeordnet. 35

Die am 14.11.2016 durchgeführte CT-Untersuchung ergab eine Dislokation des Oblique-Cages in Höhe der LW5/SW1 auf der linken Seite mit ausgeprägter Foramenstenose für LW5 auf der linken Seite sowie eine relative Foramenstenose für LW5 auf der rechten Seite. 36

Da die Beschwerden und Schmerzen in Form der Lumbago-Problematik anhielten, wurde ein weiterer operativer Eingriff erörtert. Insoweit befand sich die Klägerin nachfolgend im Zeitraum vom 26.01.2017 bis 03.02.2017 stationär im Universitätsklinikum H., wo am 27.01.2017 ein weiterer operativer Eingriff in Form einer Revision der Spondylodese mit Entfernung des dislozierten Cages LW5/SW1 und eine Re-Fusion mit Cage und autologer 37

Spongiosa von PD Dr. med. S. durchgeführt und der dislozierte Cage durch ein neues Implantat ersetzt wurde.

Postoperativ kam es zunächst zu einer Beschwerdelinderung, insbesondere zu einem deutlich gebesserten Befund im rechten Bein, lediglich im linken Bein hatte die Klägerin dagegen weiter Beschwerden und Schmerzen beim Sitzen oder nach längerer Belastung und eine deutliche Druckschmerzhaftigkeit über dem Iliosakralgelenk im Rückenbereich. Hier wurde als Ursache ein ISG-Syndrom vermutet, so dass eine Schmerztherapie mit Ibuprofen eingeleitet und am 10.04.2017 schließlich eine röntgengestützte ISG-Infiltration des ISG links im oberen und mittleren Drittel im Klinikum H. durchgeführt wurde. 38

Im Juni 2017 stellte sich die Klägerin erneut im Universitätsklinikum H. vor, da seit mehr als 6 Wochen erneut Lumboischialgien entlang dem Dermatome S 1 bestanden und die Schmerzen sich in den linken dorsalen Oberschenkel, die Kniekehle und den dorsalen Unterschenkel zogen. Aufgrund des Beschwerdebildes wurde die Durchführung einer MRT-Untersuchung der LWS zur weiteren Abklärung angeordnet, da insbesondere auch die ISG-Infiltration keine Abhilfe erbrachte. 39

Diese MRT- und CT-Aufnahmen wurden am 17.07.2017 durchgeführt, ohne dass bei der Auswertung der Befunde intraspinal ein Korrelat für die Lumboischialgie linksseitig festgestellt werden konnte. Demnach wurde der Klägerin die Durchführung einer komplexen, interdisziplinären Schmerzbehandlung empfohlen. Gleichwohl bestehen die Beschwerden fort. 40

Die **Klägerin** hat geltend gemacht, dass sie von dem Beklagten zu 1) sowie in den Kliniken der Beklagten zu 2) bis 5) fehlerhaft behandelt und zudem auch unzureichend aufgeklärt worden sei. 41

Bereits der erste Eingriff sei in der vorgenommenen Form nicht indiziert gewesen, insbesondere habe es vor einem operativen Eingriff noch konservative Möglichkeiten gegeben, die nicht ausgeschöpft gewesen seien. Dies gelte umso mehr, als der Indikationsstellung entsprechende Fehldiagnosen zugrunde gelegen hätten. Selbst wenn ein Eingriff indiziert gewesen sei, sei dann für das Beschwerdebild nicht die Methode der Wahl ausgewählt worden, weil es alternative Möglichkeiten mit besseren Chancen oder weniger Risiken gegeben hätte. 42

Zudem sei der Eingriff vom 27.01.2016 im Rahmen des gewählten Vorgehens auch fehlerhaft vorgenommen worden. Hier seien der Cage und das Material nicht ordnungsgemäß platziert worden. Zudem sei eine zu lange Schraube eingebracht worden. Insoweit entspreche es nicht dem fachärztlichen Standard, Implantate mit einer zu langen Schraube einzubringen, so dass diese auf den Nervenkanal drücken können. Durch die langanhaltende Nervenkompression durch diese zu lange Schraube sei letztlich eine vollständige Heilung nicht mehr möglich, so dass die Ausfallerscheinungen bis heute fortbestehen würden. Dies hätte im Übrigen frühzeitig erkannt werden müssen. 43

Darüber hinaus sei die postoperative Nachbehandlung fehlerhaft und unzureichend gewesen, hier sei auf die sofort nach dem Eingriff auftretenden erheblichen Beschwerden und Schmerzen nicht reagiert worden. 44

Auch die Revisionsoperation vom 05.07.2016 sei so noch nicht indiziert gewesen, weil hier die konservativen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft gewesen seien. Zudem sei der Eingriff ebenfalls fehlerhaft durchgeführt worden, hier sei nachfolgend festgestellt worden, 45

dass das weitere Implantat quer eingebracht worden sei. Es entspreche jedoch nicht dem fachärztlichen Standard, ein Implantat wie bei dieser Revisionsoperation quer einzubringen bzw. den Fixateur nicht richtig zu befestigen. Dadurch habe sich das Implantat in der Folge herausdrücken können bzw. sei es zu einer Dislokation des Cages gekommen, so dass dies zu einer weiteren Destabilisation der Wirbelsäule habe führen können.

Weiter sei sie von dem Beklagten zu 1) vor den jeweiligen Eingriffen unzureichend und unvollständig aufgeklärt worden.

46

Zunächst habe die Aufklärung im Vorfeld des ersten operativen Eingriffs vom 27.01.2016 nicht den entsprechenden Anforderungen entsprochen. So habe sie der Beklagte zu 1) in der Praxis der Beklagten zu 2) präoperativ nicht über mögliche bestehende Behandlungsalternativen, insbesondere nicht über weitere konservative und auch nicht über alternative operative Behandlungsmethoden aufgeklärt, solche hätte es jedoch gegeben. Hier habe der Beklagte zu 1) sie quasi von Anfang an zu dem operativen Eingriff gedrängt und diesen als alternativlos dargestellt. Demnach sei ihr also eine Fortsetzung der konservativen Behandlung gar nicht angeboten worden, die sie damit auch nicht habe ablehnen können und insbesondere habe sie auch nicht von sich aus auf einen sofortigen Eingriff gedrängt oder einen solchen gewünscht. Weiter sei sie auch nicht über die Art und Weise des geplanten Eingriffs und das diesbezügliche Vorgehen sowie nicht über die spezifischen Risiken der gewählten operativen Intervention und mögliche Komplikationen aufgeklärt und ihr dies alles nicht eingehend erläutert worden. Sie sei auch nicht über das Misserfolgsrisiko und insbesondere nicht darüber aufgeklärt worden, dass es zu Nervenverletzungen mit der Folge dauerhafter Lähmungen kommen könne. Wäre eine solche den maßgeblichen Anforderungen entsprechende ausführliche und schonungslose Aufklärung unter Berücksichtigung der richtigen Diagnosen erfolgt, so hätte sie sich mit Sicherheit nicht dem streitgegenständlichen Eingriff vom 27.01.2016 unterzogen, sondern ein konservatives Vorgehen bevorzugt.

47

Gleiches gelte im Übrigen für den Eingriff vom 05.07.2016. Auch hier sei sie weder am 24.06.2016 in der Praxis der Beklagten zu 2) noch nachfolgend im Krankenhaus der Beklagten zu 5) vom Beklagten zu 1) aufgeklärt worden. Insoweit sei sie auch hier insbesondere präoperativ nicht über alternative Therapieoptionen (Fortführung des Versuchs der konservativen Therapie) und nicht über den genauen Verlauf der Revisionsoperation sowie die diesem Eingriff innewohnenden spezifischen Risiken wie mögliche Komplikationen des Eintretens von neurologischen Defiziten aufgeklärt worden.

48

Demnach hätten also im Zusammenhang mit beiden Eingriffen erhebliche Aufklärungsdefizite und -versäumnisse vorgelegen, so dass für beide Eingriffe eine wirksame Einwilligung fehlen würde.

49

Das fehlerhafte Vorgehen bei den Operationen habe die eingetretenen und weiter fortbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Folge. Insoweit hätten massive Schmerzen im Rücken und Ausfallerscheinungen im Beinbereich sowie Lähmungserscheinungen in den Beinen vorgelegen. Dies habe zu einer schmerzbedingten Minderbewegung der Beine und einer bis heute eingeschränkten Beweglichkeit geführt. Ungeachtet alternativer Behandlungsmöglichkeiten wären jedenfalls bei ordnungsgemäßer Durchführung der Erstoperation ihre Lähmungserscheinungen in den Beinen nicht aufgetreten und ihr zudem zumindest 2 weitere Operationen erspart geblieben. Zudem sei ein Dauerschaden in Form der Nervenkompression und mittlerweile ein chronisches Schmerzsyndrom als Folge der multiplen Operationen aufgetreten.

50

51

Für alle erlittenen Beeinträchtigungen – weitere Auflistung auf Bl. 12 der Klageschrift - sei ein Schmerzensgeld von zumindest 54.000,00 € angemessen.

Die **Beklagten zu 1) und 2)** haben geltend gemacht, dass die Klägerin zu jeder Zeit in der Praxis der Beklagten zu 2) bzw. von dem Beklagten zu 1) fach- und befundgerecht behandelt worden sei. Bei der Erstvorstellung hätten die Mitarbeiter der Beklagten zu 2) und insbesondere der Beklagte zu 1) der Klägerin nach der vorgenommenen Untersuchung und aufgrund der bildgebenden Aufnahmen trotz der erheblichen, bewegungsunabhängigen Beschwerden zunächst eine konservative physikalische, physiotherapeutische sowie schmerztherapeutische Behandlung ggf. mit minimal invasiver Schmerztherapie vorgeschlagen. Diesen Behandlungsansatz habe die Klägerin aber ausdrücklich nicht gewünscht und gewollt, vielmehr habe sie explizit – offensichtlich wegen eines hohen Leidensdrucks – auf einem operativen Vorgehen bestanden und dies ausdrücklich gewünscht. Aufgrund der erheblichen Degeneration, der bis dato frustrierten konservativen Behandlungen sowie des unzweideutig zum Ausdruck gebrachten Operationswunsches der Klägerin habe der Beklagte zu 1) den Eingriff bei korrelierender klinischer und neuroradiologischer Symptomatik zumindest für vertretbar gehalten, so dass er deshalb eine Indikation für eine Versteifungsoperation bejaht und ihr alternativ auch diese operative Behandlungsmöglichkeit dargestellt habe. Andere operative Therapiemöglichkeiten hätten dagegen nicht bestanden, insbesondere sei das Segment für eine Bandscheibenprothese zu weit fortgeschritten degeneriert gewesen. Nach ausführlicher Darlegung der gegebenen Möglichkeit und aufgrund des Wunsches der Klägerin einer operativen Behandlung sei dann ein Operationstermin im Krankenhaus der Beklagten zu 3) vereinbart worden. Das eigentliche Aufklärungsgespräch habe der Beklagte zu 1) bei dem weiteren Vorbereitungstermin am 22.01.2016 nach 2-wöchiger Bedenkzeit geführt. Hier sei der Klägerin nochmals das operative Vorgehen erläutert worden, zudem seien ihr alle eingriffsspezifischen Risiken genannt und diese auch handschriftlich in den Aufklärungsbogen eingetragen worden. Auch bei diesem Gespräch habe der Beklagte zu 1) nochmals die Alternative einer Fortsetzung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten erwähnt. Demnach sei die Klägerin eingehend über die bestehenden Behandlungsalternativen aufgeklärt und auch über alle Risiken, die mit dem operativen Eingriff verbunden seien, informiert worden. Zudem habe sie auch nochmals Bedenkzeit gehabt.

52

Demnach gehe der Vorwurf der unzureichenden Aufklärung über die Möglichkeiten und Risiken ins Leere.

53

Weiter sei der operative Eingriff vom 27.01.2016 im Krankenhaus der Beklagten zu 3) ordnungsgemäß und fachgerecht durchgeführt worden. Möglicherweise habe eine Pedikelschraube etwas zu lateral gelegen und keine perfekte Konvergenz gehabt. Diese sei aber weder falsch platziert noch zu lang gewesen noch habe diese auf die Nervenwurzel gedrückt. Insoweit sei diese Schraubenlage an sich auch nicht revisionspflichtig gewesen, da diese jedenfalls keine negativen Folgen gehabt habe und insbesondere für keine Schmerzen verantwortlich gewesen sei. Auch die postoperative Behandlung lasse keine Versäumnisse erkennen. Dies gelte insbes. auch für die weiteren Vorstellungen im Institut der Beklagten zu 2) nach dem Eingriff. Entgegen der pauschalen Behauptung der Klägerin habe diese nicht etwa über erhebliche Schmerzen geklagt, sondern – im Gegenteil – eine Verbesserung des Zustandes angegeben. Insoweit sei auch zu jeder Zeit sach- und befundgerecht reagiert worden. Als im weiteren Verlauf nach dem Ersteingriff die Beschwerden weiter zugenommen hätten, sei berechtigterweise die relative Indikation für einen weiteren Eingriff bejaht worden, da es zu einer sehr schnellen weiteren Degeneration des Anschlusssegmentes gekommen sei, was ungewöhnlich und mit dieser Schnelligkeit nicht vorhersehbar gewesen sei. Die

54

Revisionsoperation sei also nicht wegen einer fehlerhaften Schraubenlage nach dem Ersteingriff oder sonstiger Versäumnisse notwendig geworden. Auch hier sei der Klägerin jedoch vor dem Zweiteingriff auch die Möglichkeit einer konservativen Behandlung aufgezeigt und eingehend mit ihr besprochen worden, die jedoch einen weiteren Eingriff gewünscht habe.

Auch dieser weitere Eingriff im Krankenhaus der Beklagte zu 5) sei sachgerecht durchgeführt worden. Der Vorwurf einer fehlerhaften Einbringung des weiteren Cages in Querlage gehe allein deshalb ins Leere, weil es sich um einen sog. Oblique-Cage gehandelt habe, dessen Besonderheit darin liege, dass er schräg einzubringen sei. Auch der Vorwurf einer unzureichenden Befestigung des Fixateurs mit dem weiteren Vorwurf der Dislokation des Cages gehe ins Leere und werde bestritten. Selbst wenn hier eine solche Dislokation eingetreten sei, handele es sich um eine typische Komplikation eines solchen Eingriffs, über den die Klägerin zuvor aufgeklärt worden sei. Da bei diesem Zweiteingriff die Schraubenköpfe ohnehin hätten gelöst werden müssen, um eine Verlängerung des Stabes auf das nächste Segment vornehmen zu können, sei in diesem Rahmen die leicht lateral liegende Schraube korrigiert und etwas medialisiert worden. 55

Auch die postoperative Nachbehandlung in der Praxis der Beklagten zu 2) sei ausreichend und umfassend gewesen, irgendwelche Versäumnisse hätten hier nicht vorgelegen und würden auch nicht aufgezeigt. Mögliche Folgen seien grundleidensbedingt oder Folge aufgetretener typischer Komplikationen oder Folgeerscheinungen der bei der Klägerin vorliegenden Problematik. Dies zeige sich auch daran, dass bei der Klägerin auch nach der weiteren Operation im Klinikum H. offensichtlich nach einer kurzen Beschwerdebesserung und Linderung erneut massive Beschwerden aufgetreten seien. 56

Die Schmerzensgeldvorstellung der Klägerin sei überhöht. 57

Die **Beklagte zu 3)** hat geltend gemacht, dass die Klägerin in ihrem Krankenhaus und bei Durchführung des Eingriffs vom 27.01.2016 fachgerecht behandelt und auch für den Eingriff ausreichend aufgeklärt worden sei. Zunächst sei eine Operationsindikation zu bejahen gewesen. In Anbetracht der weit fortgeschrittenen Wirbelsäulendegeneration, der erfolglosen konservativen Vorbehandlung und des hohen Leidensdrucks der Klägerin sei die stabilisierende Operation (Wirbelsäulenversteifung) eine vertretbare Behandlungsoption gewesen. Insoweit habe die Klägerin auch ausdrücklich ein operatives Vorgehen gewünscht und zunächst vorgeschlagene andere Maßnahmen abgelehnt. Alternative operative Behandlungsmöglichkeiten im Verhältnis zu der hier gewählten Versteifung hätten nicht bestanden, weil zum einen das Bewegungssegment für eine Implantation einer Bandscheibenprothese bereits zu weit fortgeschritten degeneriert gewesen sei, mithin bei erheblicher Facettengelenkshypertrophie eine solche nicht mehr indiziert gewesen sei und zum anderen eine operative Alternative zu einer Versteifung des Bewegungssegmentes bei bestehenden Lumbalgien und Ischialgien nicht bestehen würde. 58

Weiter sei der operative Eingriff durch den Beklagten zu 1) ordnungsgemäß und entsprechend dem neurochirurgischen Facharztstandard durchgeführt worden. Insoweit seien der Cage und das Material ordnungsgemäß platziert worden. Es sei auch unzutreffend, dass im Rahmen des Eingriffs eine zu lange Schraube eingebracht worden sei. Vielmehr sei die gewählte Schraube in der Länge vom Beklagten zu 1) korrekt ausgewählt und korrekt bikortikal eingebracht worden. Insoweit würden Schrauben bei bikortikaler Lage so eingebracht, dass sie die Vorderkante des Wirbelkörpers minimal überlagern würden. Ein fehlerhaftes technisches Vorgehen sei damit nicht verbunden. Es sei auch unzutreffend, dass die Schraube auf den Nervenkanal gedrückt und es zu einer irreversiblen 59

Nervenkompression gekommen sei. Weder die gewählte Schraubenlänge noch die Lage der Schraube hätten zu einer Beeinträchtigung des Nervenkanals geführt, insbesondere habe die Schraubenlage keine Indikation für eine Revisionsoperation begründet.

Auch bei der postoperativen stationären Behandlung in ihrem Krankenhaus hätten keine Versäumnisse vorgelegen. Zwar hätten bei der Klägerin in den ersten 3 Tagen postoperativ Rückenschmerzen vorgelegen. Dabei habe es sich aber um einen üblichen operationsbedingten Schmerz, der nachvollziehbar gewesen sei, nicht aber um massive Schmerzen mit Ausfallerscheinungen gehandelt, zumal sich im Rücken eine mehrere cm lange Wunde aufgrund des Operationszugangs befunden habe. Darüber hinaus hätten nur gewisse Hypästhesien des Beines vorgelegen, die jedoch nach Einbringen von intercorporellen Cages nicht ungewöhnlich seien und sich in der Regel, wie auch im Fall der Klägerin, kurzfristig wieder zurückgebildet hätten. Insoweit hätten die diensthabenden Ärzte auf die Symptomatik zeit- und fachgerecht mit einer angepassten Schmerzmedikation reagiert, die Klägerin sei auch regelmäßig selbständig mobil auf dem Stationsflur unterwegs gewesen. Es hätten jedenfalls bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung bei den regelmäßigen ärztlichen Visiten und der pflegerischen Versorgung keine Anhaltspunkte für ungewöhnliche Schmerzzustände oder für neurologische Ausfallerscheinungen vorgelegen.

60

Insgesamt sei also sowohl der operative Eingriff am 27.01.2016 entsprechend dem neurochirurgischen Standard technisch korrekt durchgeführt worden als auch die gesamte Nachbehandlung fachgerecht und ohne Versäumnisse durchgeführt worden.

61

Auch die Rüge einer Aufklärungspflichtverletzung für den Eingriff vom 27.01.2016 gehe ins Leere. Vielmehr sei die Klägerin auch vollumfänglich von dem Beklagten zu 1) über alle relevanten Punkt aufgeklärt und informiert worden. So habe der Beklagte zu 1) bereits im Rahmen der Erstvorstellung am 06.01.2016 bei der Beklagten zu 2) die in Betracht kommenden Behandlungsoptionen mit der Klägerin eingehend und ausführlich erörtert. Insoweit sei ihr zunächst auch die Fortsetzung einer konservativen Behandlung vorgeschlagen und deren Ablauf erläutert worden. Da die Klägerin aber explizit nur eine operative Lösung gewünscht und die vorgeschlagenen konservativen Maßnahmen abgelehnt habe, habe der Beklagte zu 1) ihr dann die diesbezügliche Behandlungsoption einer Wirbelsäulenversteifung erläutert und dabei u.a. in einer für den medizinischen Laien verständlichen Form den technischen Ablauf eines solchen Vorgehens sowie die typischen und spezifischen Risiken eines solchen Eingriffs und dessen Erfolgsaussichten erklärt. Zudem habe er die Klägerin ausdrücklich auch auf die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung hingewiesen. Eine weitere ausführliche Risikoaufklärung für den Eingriff sei dann nochmals am 22.01.2016 auf der Grundlage eines standardisierten Aufklärungsbogens erfolgt. Auch in diesem Gespräch sei die Klägerin nochmals auf die Möglichkeit der Fortsetzung der konservativen Therapie hingewiesen worden. Zudem sei der Klägerin anhand der Abbildungen Nr. 1 und Nr. 2 im Aufklärungsbogen und der von ihm ergänzten Zeichnungen das technische Procedere erläutert worden. Bezüglich der operativen Möglichkeiten hätten grundsätzlich keine echten operativen Alternativen bestanden, so dass hier solche nicht hätten angeboten werden müssen. Zudem sei sie ausführlich über alle bestehenden Risiken und auch die Erfolgsaussichten des Eingriffs aufgeklärt worden, u.a. seien ihr alle im Bogen handschriftlich aufgenommenen Risiken erläutert worden (Nervenverletzung, Lähmung, Blasen- und Mastdarmentleerungsstörung, Duraverletzung mit resultierender Liquoristel, Bauchgefäßverletzung mit lebensbedrohlichen Komplikationen und folgendem bauchchirurgischen Eingriff, Implantatfehlage, Dislokation mit Revisionsindikation, Thrombose, Embolie, Wundinfektion, Abszess). Darüber hinaus sei sie auch auf mögliche langfristige und mittelfristige Verläufe und insbesondere auch darauf hingewiesen worden,

62

dass nach dem Eingriff eine Beschwerdepersistenz möglich sei. In Kenntnis sämtlicher Risiken habe sich die Klägerin für die Operation entschieden und dann den Aufklärungsbogen unterzeichnet. Demnach scheide eine Haftung der Beklagten zu 3) dem Grunde nach aus.

Die **Beklagte zu 4)** und nachfolgend die **Beklagten zu 5)** haben geltend gemacht, dass jedenfalls die Beklagte zu 4) nicht passiv legitimiert sei, weil das Ev. Krankenhaus E. von der damaligen und nun seit September 2019 von der neuen Beklagten zu 5) als (jeweils) selbstständige Gesellschaft und juristische Person betrieben worden sei und nun werde. Die Beklagte zu 4) sei nur Gesellschafterin der GmbHs. Insoweit hafte die Beklagte zu 4) als bloße Gesellschafterin der selbstständigen juristischen Person, der eigentlichen Betreiberin des EV. Krankenhauses in E., der Klägerin nicht unmittelbar.

63

Auch eine Haftung der Beklagten zu 5) komme nicht in Betracht. Der vorgenommene weitere Eingriff sei aufgrund der weiteren Verschlechterung des Zustandes und einer schnellen Progredienz des degenerativen Geschehens im Anschlusssegment LW5/SW1 nach der vorherigen Versteifung von LW4/LW5 zumindest relativ indiziert gewesen. Insoweit sei dieser Eingriff als Alternative zu einem auch möglichen konservativen Vorgehen, welches die Klägerin jedoch nicht gewünscht habe, in Betracht gekommen. Da ohnehin ein operativer Eingriff vorgenommen worden sei, sei in diesem Zuge eine Schraubenrevision im Bereich von LW5 miterfolgt. Weiter sei der operative Eingriff auch in jeder Hinsicht sachgerecht vorgenommen worden, die Vorwürfe würden jeglicher Grundlage entbehren. So sei der Cage nicht etwa quer, sondern als Oblique-Cage genau so eingebracht worden, wie er hätte eingebracht werden müssen. Weiter werde eine nachträglich aufgetretene oder gar festgestellte Dislokation des Cages bestritten. Soweit eine solche doch eingetreten sei, handele es sich um eine entsprechende Komplikation, die mit einem solchen Eingriff typischerweise als Risiko verbunden sei. Eine mögliche Dislokation beruhe jedenfalls nicht darauf, dass ein eingebrachter Fixateur nicht ausreichend befestigt worden sei. Demnach sei der gesamte Eingriff entsprechend dem neurochirurgischen Standard durchgeführt und auch keine sonstigen Versäumnisse während des stationären Aufenthaltes im Ev. Krankenhaus E. eingetreten.

64

Zudem sei die Klägerin im Vorfeld des Eingriffs vom 05.07.2016 auch umfassend aufgeklärt worden, zumal die Klägerin aus der Vorgeschichte und der vorherigen Aufklärung vor dem Ersteingriff die Möglichkeit der konservativen Behandlung gekannt habe. Demnach seien der Klägerin die Risiken eines Eingriffs an der Wirbelsäule auch bekannt gewesen. Gleichwohl seien auch hier mit dem Beklagten zu 1) die konkrete Situation und die gegebenen Möglichkeiten eingehend erörtert bzw. der Klägerin bei dem Vorgespräch am 24.06.2016 auf der Grundlage eines Pro-Compliance-Aufklärungsbogens nochmals umfassend die Risiken dargestellt worden. Auch hier habe sich die Klägerin bewusst für den weiteren operativen Eingriff und gegen ein konservatives Vorgehen entschieden. Selbst wenn Folgen eingetreten wären, würden diese nicht auf der Behandlung im EV. Krankenhaus E. beruhen und erst Recht nicht auf einem – ohnehin nicht gegebenen – fehlerhaften Vorgehen bei dem Eingriff vom 05.07.2016, sondern diese seien dann grundleidensbedingt oder als Komplikation der vorherigen Behandlungen bzw. als Verschlechterung der Vorschäden eingetreten.

65

Das **Landgericht** hat die Klägerin und den Beklagten zu 1) persönlich angehört sowie Beweis erhoben durch Vernehmung des Zeugen Z. C. und Einholung eines schriftlichen Gutachtens der Sachverständigen Dr. D./Prof. Dr. P. vom 05.07.2021 sowie Erläuterungen des Sachverständigen Dr. D. in der mündlichen Verhandlung vom 25.01.2023. Hierauf gestützt hat es die Klage abgewiesen.

66

Zunächst bestehe keine Passivlegitimation der Beklagten zu 4), denn diese habe das Ev. Krankenhaus E. nicht betrieben, sondern sei nur der übergeordnete Rechtsträger der betreibenden gGmbH.	67
Es könne nicht festgestellt werden, dass das Vorgehen bei und im Zusammenhang mit dem Ersteingriff vom 27.01.2016 fehlerhaft und unzureichend gewesen sei.	68
Zunächst könne nicht festgestellt werden, dass das Vorgehen des Beklagten zu 1) bei dem Ersteingriff vom 27.01.2016 im Krankenhaus der Beklagten zu 3) allein deshalb fehlerhaft gewesen sei, weil dieser Eingriff so in der Form (noch) nicht indiziert gewesen sei. Die Klägerin habe die fehlende Indikation für den operativen Eingriff vom 27.01.2016 nicht zur sicheren Überzeugung der Kammer nachgewiesen. Die Sachverständigen hätten eine Indikation für die Stabilisierungsoperation LW4/5 trotz einiger kritisierter Punkte und trotz der Bewertung, der Eingriff könne - nach den bezogen auf die stattgefundenen konservativen Vorbehandlungen etwas dürrtigen Aufzeichnungen - objektiv etwas verfrüht gewesen sein, aus der Sicht des Beklagten zu 1) als Neurochirurg im Ergebnis bejaht und die Voraussetzungen für eine fehlende Indikation für den Eingriff so nicht konkret feststellen können. Insoweit sei nämlich unter Berücksichtigung aller Umstände und insbesondere unter Zugrundelegung der Niederlegungen in der Dokumentation, die für die Beurteilung bei fehlender Widerlegung maßgeblich sei, davon auszugehen, dass diese Operation nach der Aufklärung über fortbestehende konservative Behandlungsmöglichkeiten grundsätzlich dem Wunsch der Klägerin entsprochen habe und damit auch zu diesem Zeitpunkt dann so vorgenommen habe werden können.	69
Den Beklagten zu 1) bis 3) könne nach den Ausführungen und der Bewertung des Sachverständigen nicht vorgeworfen werden, dass der Beklagte zu 1) den wahrscheinlich für die ab Dezember 2015 verstärkt aufgetretenen Beschwerden relevanten Befund - ebenso wie der zuvor tätige Dr. Q. und selbst der Radiologe, der das MRT vom 05.12.2005 befundet habe - nicht erkannt habe. Es habe eigentlich eine relativ frische Fraktur in der rechten Pars interarticularis des Wirbelbogens LW5 vorgelegen, die weder von dem Beklagten zu 1) bei der Vorstellung am 06.01.2015 im Zentrum der Beklagten zu 2) noch von dem zuvor behandelnden Arzt Dr. Q. und insbesondere auch nicht von dem Facharzt für Radiologie, der das MRT vom 15.12.2015 vorgenommen und befundet habe, erkannt worden sei. Wäre diese Fraktur jedoch vom Beklagten zu 1) erkannt oder vom Radiologen beschrieben worden, so hätte sich unmittelbar ein anderes Behandlungsspektrum ergeben, da solche Frakturen grundsätzlich konservativ behandelt würden und unter adäquater konservativer Therapie, die die Sachverständigen im schriftlichen Gutachten eingehend beschrieben hätten, relativ gute Heilungschancen bestanden hätten. Deshalb hätte jedenfalls die Operation vom 27.01.2016 dann so nicht vorgenommen werden dürfen. Insoweit habe der Sachverständige Dr. D. in der mündlichen Verhandlung die Schwierigkeit bezüglich des Erkennens dieser Fraktur näher konkretisiert und dahingehend erläutert, dass diese nicht besonders markant und auffällig gewesen sei und ihm diese auch nur aufgrund besonderer Umstände eher zufällig bei der umfangreichen Auswertung der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 aufgefallen sei. Eine solche umfangreiche Befundung von radiologischen Aufnahmen und insbesondere Auswertung von mitgebrachten MRT-Aufnahmen mit mehreren Serien von jeweils 30 Bildern könne aber im normalen Praxisalltag von auch ambulant tätigen Neurochirurgen nicht geleistet werden. Dies gelte insbesondere in diesem Fall, weil der diesbezügliche Befund, der die Fraktur erkennen lasse, nur auf jeweils einem Bild in 2 Serien vorgelegen habe, was weder ohne weiteres zu erkennen gewesen sei noch sich besonders aufgedrängt habe. Vor diesem Hintergrund erscheine die Auffassung der Sachverständigen nachvollziehbar, dass von einem normal ambulant tätigen Neurochirurgen im typischen Praxisalltag bei der Auswertung solcher MRT-	70

Aufnahmen ein solcher nur schwer zu erkennender Befund nicht zwangsläufig erkannt werden müsse. Bestätigt werde dies weiter auch dadurch, dass der vorher tätige Arzt Dr. Q. diese Fraktur auf der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 ebenfalls nicht erkannt habe. Die Klägerin könne eine abweichende Bewertung auch nicht daraus herleiten, dass immerhin der Sachverständige diese Fraktur erkannt habe. Hier bestehe die Besonderheit, dass es sich um einen Oberarzt einer renommierten neurochirurgischen Universitätsklinik handelt, der diesen Befund nicht etwa im laufenden Klinikalltag bei der Auswertung von mitgebrachten MRT-Aufnahmen im Rahmen der Vorstellung eines Patienten erkannt habe, sondern nur – und dies dabei auch nur rein zufällig – im Rahmen der Auswertung eines vorgelegten MRT für die Erstellung eines umfangreichen gerichtlichen Sachverständigengutachtens, bei dem zwangsläufig mehr Zeit bestehe und die Situation eine völlig andere sei, mithin sämtliche Bilder einer MRT-Aufnahme hinsichtlich gegebener Besonderheiten intensiver und länger ausgewertet werden könnten, wobei es sich selbst dann entsprechend den Angaben des Sachverständigen eher nur um einen Zufallsbefund gehandelt habe.

Die Kammer müsse nicht entscheiden, ob nicht zumindest die Radiologiepraxis, bei der das MRT vom 15.12.2015 durchgeführt und die MRT-Aufnahme befundet worden sei, diese Fraktur hätte erkennen müssen bzw. das Nichterkennen des handelnden Radiologen fehlerhaft gewesen sei, da der Radiologe nicht an dem Verfahren beteiligt sei. Tatsache sei aber, dass selbst der Radiologe, der die MRT-Aufnahmen vom 15.12.2015 befundet habe, diese Fraktur nicht erkannt und im Befundbericht nicht beschrieben habe. 71

Im Ergebnis könne die Klägerin damit aus der nicht erkannten Fraktur dem Beklagten zu 1) kein fehlerhaftes Vorgehen bei der Frage der Indikation der letztlich gewählten Behandlung vorwerfen, da der Beklagte zu 1) bei der Auswertung der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 anlässlich der Vorstellung am 06.01.2016 diese Fraktur eben aus neurochirurgischer Sicht bzw. aus der Sicht eines ambulant tätigen Neurochirurgen nicht erkennen und feststellen und diese damit nicht zur Grundlage seiner Behandlung habe machen müssen. Hinzu komme hier weiter, dass nach den übereinstimmenden Angaben der Klägerin und des Beklagten zu 1) bei dem Termin am 06.01.2016 der von der Klägerin mitgebrachte Befundbericht neben der MRT-Aufnahme auch vorgelegen und von ihr zuvor übergeben worden sei. Hier dürfe sich der Beklagte zu 1) dann als Neurochirurg auf die Beurteilung des Radiologen verlassen, der diese Fraktur selbst als Radiologe bei Auswertung der MRT-Aufnahmen nicht beschrieben habe. Insoweit seien hier die Grundsätze zur horizontalen Arbeitsteilung anzuwenden, aufgrund derer sich der Beklagte zu 1) als Neurochirurg auf die Beurteilung des Radiologen verlassen dürfe, ohne Verdacht schöpfen zu müssen. Solche Verdachtsgründe lägen unter Berücksichtigung der Ausführungen der Sachverständigen für den Beklagten zu 1) gerade nicht vor. 72

Zwar hätte man diese Fraktur grundsätzlich auf einer zusätzlichen CT-Aufnahme dann deutlicher bzw. auch für einen Neurochirurgen ersichtlich erkennen können. Auf Vorhalt und Nachfrage der Kläger-Vertreterin habe der Sachverständige bei der Anhörung jedoch ausdrücklich klargestellt, dass bei der Beurteilung und im Rahmen der Frage, welche Behandlungsmöglichkeiten zur Linderung der Beschwerden bestünden und welche Maßnahmen indiziert gewesen seien, neben der vorgenommenen klinischen Untersuchung und der Auswertung der mitgebrachten MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 weiter keine zusätzliche CT-Aufnahme zuvor noch habe eingeholt werden müssen. 73

Demnach könne also dem Beklagten zu 1) im Rahmen der Frage, welche Behandlung tatsächlich indiziert gewesen sei, kein Vorwurf daraus gemacht werden, dass er eine bei der Klägerin tatsächlich vorliegende Fraktur im Bereich des Wirbelbogens LW5 nicht erkannt und 74

diese damit nicht zur Grundlage seines therapeutischen Vorgehens gemacht habe.

Aus neurochirurgischer Sicht sei es nach der vorgenommenen klinischen Untersuchung und Anamnese sowie auf der Grundlage des MRT vom 15.12.2015 grundsätzlich vertretbar gewesen, die auch von dem Radiologen in seinem Befundbericht beschriebene Degeneration des Bandscheibenfachs LW4/5 als Hauptbefund für die damaligen Beschwerden der Klägerin anzunehmen und auf dieser Grundlage dann eine Indikation für die letztlich vorgenommene Operation zu bejahen. 75

Wie der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung bestätigt habe, habe hier im Bereich des Bandscheibenfachs LW4/5 eine durchaus hochgradige Bandscheibendegeneration vorgelegen, aufgrund derer es vertretbar gewesen sei, eine Operationsindikation in Erwägung zu ziehen und grundsätzlich zu bejahen. Demgegenüber sei die zusätzlich bejahte Neuroforamenstenose LW4/5, die allenfalls auf der rechten Seite bestanden habe, eher nur minimal und gering gewesen, so dass man der diesbezüglichen Mitberücksichtigung dieses Umstandes entsprechend der Bewertung der Sachverständigen gerade noch folgen habe können. Demgegenüber hätten die Sachverständigen im schriftlichen Gutachten die von dem Beklagten zu 1) ebenfalls wohl zusätzlich diagnostizierte Listhese LW4 1. Grades nach Meyerding – also ein Wirbelgleiten – eindeutig verneint, eine solche habe nicht vorgelegen und demnach nicht zur Grundlage der Diagnose und einer entsprechenden Entscheidung zur Begründung einer Indikation für einen operativen Eingriff gemacht werden können und dürfen. 76

Gleichwohl habe der Sachverständige Dr. D. in der mündlichen Verhandlung nochmals die Ausführungen aus dem schriftlichen Gutachten bestätigt, dass auch ohne die Annahme und ohne Diagnose eines nicht gegebenen Wirbelgleitens allein der gegebene und vom Beklagten zu 1) ebenfalls erkannte Hauptbefund der hochgradigen Bandscheibendegeneration im Bandscheibenfach LW4/5 - ggf. auch unter Mitberücksichtigung der aber nur geringen Spinalkanalstenose LW4/5 – grundsätzlich eine Operationsindikation begründen könne, insbesondere wenn man dies als wesentliche Ursache der Beschwerden angesehen habe, was ebenfalls vertretbar gewesen sei, und dies angegangen und beseitigt haben werden sollen, weil letztlich nur durch eine Operation diese Ursache für die Beschwerden beseitigt werden könne. 77

Zwar könne man den Gesamtausführungen der Sachverständigen im schriftlichen Gutachten sowie auch den Angaben des Sachverständigen Dr. D. bei der mündlichen Erläuterung durchaus entnehmen, dass im Hinblick auf die dürftigen Unterlagen zu den vorherigen konservativen Behandlungsmaßnahmen grundsätzlich weitere konservative Behandlungsmöglichkeiten zunächst eigentlich noch vorrangig gewesen wären und demnach die bereits hier bei der Vorstellung am 06.01.2016 letztlich bejahte Indikation für die dann durchgeführte Operation objektiv noch als etwas verfrüht anzusehen gewesen sei. Dies gelte auch, weil hier aufgrund der dürftigen Unterlagen von Vorbehandlern nicht gesichert zu erkennen gewesen sei, was hier zuvor – gerade nach der Verschlimmerung der Beschwerden ab November/Dezember 2015 – tatsächlich an konservativen Behandlungen vorgenommen worden sei. Gleichwohl hätten die Sachverständigen sowohl in ihrem schriftlichen Gutachten als auch der Sachverständige Dr. D. nochmals bei der mündlichen Erläuterung bestätigt, dass eine Indikation für die Durchführung des Eingriffs jedenfalls dann bejaht werden könne, wenn dieser Eingriff, wie es in den Unterlagen der Beklagten zu 1) und 2) so dokumentiert sei, von der Klägerin nach dem Hinweis und der Erörterung der Alternative von konservativen Fortbehandlungen so gewählt und gewünscht gewesen sei. 78

Davon gehe die Kammer auf der Grundlage der ärztlichen Dokumentation der Beklagten zu 1) und 2), die bis zum Beweis des Gegenteils die maßgebliche Beurteilungsgrundlage bilde, aus; die dortigen Niederlegungen habe die Klägerin jedoch nicht entkräften und deren Fehlerhaftigkeit oder Lückenhaftigkeit nachzuweisen vermocht. In der dortigen Dokumentation der Beklagten zu 2) bzw. des Beklagten zu 1) sei ausdrücklich niedergelegt, dass der Beklagte zu 1) die Klägerin auf die konservativen Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen habe, die Klägerin diese jedoch nicht habe fortsetzen wollen, sondern einen operativen Eingriff gewünscht habe. Wenn man dies zugrundelege, sei die dann vorgeschlagene Stabilisierungsoperation LW4/5 und die diesbezügliche Empfehlung unter Berücksichtigung der erfolgten Erläuterung zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten und unter Berücksichtigung des Wunsches der Klägerin nach den Ausführungen der Sachverständigen nicht zu beanstanden und damit nicht fehlerhaft gewesen.

Zwar habe die Klägerin einen solchen, von ihr erklärten Wunsch in Abrede gestellt, immerhin 80
habe aber auch sie bestätigt, dass sie dem Beklagten zu 1) bei dem Gespräch am 06.01.2016 angegeben habe, sie habe langjährige Rückenschmerzen gehabt und diese seien sowohl medikamentös als auch mit Krankengymnastik (vergeblich) behandelt worden; zudem habe sie eingeräumt, der Beklagte zu 1) habe sie zumindest darauf hingewiesen, dass zunächst weiter eine Spritzentherapie oder eine manuelle Therapie durchgeführt werden könne, auch wenn dies wahrscheinlich nicht erfolgreich sei. Demnach sei es also nach den eigenen Angaben der Klägerin bei der Anhörung nicht so gewesen, wie noch schriftsätzlich vorgetragen, dass hier jegliche konservative Behandlungsmöglichkeiten von Seiten des Beklagten zu 1) negiert und allein und ausschließlich eine Operation als alternativlos vorgeschlagen worden sei.

Zudem stünden diese Angaben der Klägerin auch teilweise im Widerspruch zu den Angaben 81
des Ehemannes der Klägerin, des Zeugen C., der nicht einmal die selbst von der Klägerin von Seiten des Beklagten zu 1) zumindest angegebenen konservativen Behandlungsmöglichkeiten bestätigt habe, sondern der darauf hingewiesen habe, dass der Beklagte zu 1) hier nur eine Operation als allein in Betracht kommende Behandlungsmöglichkeit genannt habe, die tatsächlich eine Linderung bringen würde. Die diesbezüglichen Angaben des Zeugen zum Inhalt dieses Gespräches am 06.01.2016 stünden jedoch der entsprechenden Dokumentation eindeutig entgegen und seien so in der Form nicht geeignet, die Dokumentation zu entkräften. Hier sei zu berücksichtigen, dass in der Dokumentation der Beklagten zu 1) und 2) für den 11.01.2016 – also nach dem Erstgespräch vom 06.01.2016 – auch ein Anruf der Klägerin festgehalten und dokumentiert sei, mit der Frage, ob man die Operation nicht hätte vorziehen können. Zwar habe die Klägerin einen solchen Anruf verneint. Insoweit wäre jedoch eine solche Niederlegung zu dem damaligen Zeitpunkt in der Dokumentation über einen Anruf der Klägerin nicht nachvollziehbar, wenn ein solcher Anruf tatsächlich gerade zu dem Zeitpunkt nicht erfolgt wäre, wie es die Klägerin nunmehr behaupte. Demnach müsse die Kammer unter Zugrundelegung dieser Niederlegung davon ausgehen, dass ein solcher Anruf tatsächlich stattgefunden habe. Sei dies jedoch der Fall, bestätige dies jedoch als weiteres, zusätzliches Indiz, dass es offensichtlich der vorrangige Wunsch der Klägerin gewesen sei, dass eine Operation zur Linderung der Beschwerden durchgeführt werden solle, denn nur dann werde verständlich, dass die Klägerin in der Praxis der Beklagten zu 2) angerufen habe, mit der Bitte, ob man eine solche Operation nicht sogar hätte vorziehen können.

Dafür spreche als weiteres Indiz auch, dass die Klägerin bei ihrem Hausarzt und bei Dr. Q., 82
bereits in Behandlung gewesen sei, so dass die Vorstellung in der Praxis der Beklagten zu 2) und beim Beklagten zu 1) offensichtlich vor dem Hintergrund einer eher ins Auge gefassten

Operation zur Linderung der Beschwerden erfolgt sei.

Insgesamt halte die Kammer demnach die Dokumentation der Beklagten zu 1) und 2) und die dort vorgenommenen Niederlegungen zum Inhalt der Vorgespräche für nicht widerlegt und entkräftet, so dass die Kammer von den diesbezüglichen Niederlegungen und damit von den Erörterungen sowohl eines (weiteren) konservativen Vorgehens als auch der operativen Behandlungsmöglichkeit ausgehe und dass es dann auf dieser Grundlage dem Wunsch der Klägerin entsprochen habe, den diesbezüglichen Eingriff vornehmen zu lassen. Auf dieser maßgeblichen und nicht widerlegten Grundlage dürfe demnach die Indikation für eine solche Operation gestellt werden, so dass zwangsläufig damit ein fehlerhaftes Vorgehen des Beklagten zu 1) wegen der Bejahung und der Durchführung einer (noch) nicht indizierten Operation nicht festgestellt werden könne. 83

Nichts anderes ergebe sich daraus, dass bei der Klägerin zum Zeitpunkt der Vorstellung beim Beklagten zu 1) offensichtlich auch eine fachärztlich festgestellte, mittelgradige Depression vorgelegen habe, bezüglich derer sie jedenfalls bis zum 18.01.2016 regelmäßig ein Antidepressivum eingenommen habe. 84

Zwar hätten die Sachverständigen darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen, vor allem Angst- und Affektstörungen immer Alarmzeichen (sog. Red Flags) bei der Behandlung von Rückenschmerzen seien und solche Patienten in der Regel zuerst ausreichend hinsichtlich der Depression behandelt werden sollten. Hier könne aber gar nicht festgestellt werden, dass dem Beklagten zu 1) am 06.01.2016 die diesbezügliche Depression und deren gleichzeitige Behandlung bei Stellung der Indikation zur Operation bekannt gewesen sei. Als Diagnose sei sie jedenfalls in der Kartei der Beklagten zu 2) nicht vermerkt. 85

Insoweit sei auch nicht konkret und substantiiert dargetan und damit nicht feststellbar, wann, wie, wo und in welcher Form die Klägerin dem Beklagten zu 1) die diesbezügliche weitere Erkrankung mitgeteilt habe, so dass dieser die diesbezügliche Erkrankung in die Überlegung zum weiteren Vorgehen zur Behandlung der Rückenschmerzen und die Frage der Bejahung einer Indikation zur Operation hätte einbeziehen können. Demnach ergebe sich also daraus keine weitergehende Einschränkung. 86

Insgesamt könne also nicht festgestellt werden, dass es fehlerhaft gewesen sei, eine solche Indikation zu einer Stabilisierungsoperation im Bereich des Bandscheibenfaches LW4/5 bereits im Januar 2016 zu stellen, mithin seien nicht die Voraussetzungen feststellbar, dass eine Operation zu diesem Zeitpunkt keinesfalls hätte als indiziert empfohlen oder angesehen werden können und dürfen. 87

Weiter lasse sich bei der Operation auch kein falsch gewähltes Verfahren oder Vorgehen und auf deren Grundlage auch keine technisch fehlerhafte Durchführung des Eingriffs vom 27.01.2016 feststellen. 88

Auf der Grundlage der nicht zu beanstandenden Diagnose einer entsprechend den Ausführungen des Sachverständigen im Termin hochgradigen Bandscheibendegeneration im Bereich von LW4/5 als Ursache der vordergründigen Rückenschmerzen könne - selbst ohne Berücksichtigung eines Wirbelgleitens - eine Stabilisierungsoperation LW4/5 ausgewählt werden, weil eine Dekompression der nur geringen Recessusstenose rechts allein wahrscheinlich nicht ausgereicht hätte, da unter anderem keine Claudicatio spinalis vorgelegen habe. Demnach könne das gewählte Vorgehen bei dem operativen Eingriff nicht beanstandet werden und sei zumindest medizinisch vertretbar gewesen, zumal die degenerativen Veränderungen als Ursache der Rückenschmerzen bejaht worden seien, so 89

dass auch eine Neuromodulation nicht an erster Stelle gestanden habe und eine solche jedenfalls vor einer Operation nicht vorrangig gewesen sei.

Weiter sei der operative Eingriff vom 27.01.2016 im Rahmen des nicht zu beanstandenden Vorgehens auch technisch nicht fehlerhaft durchgeführt worden, jedenfalls ließen sich keine diesbezüglichen Behandlungsfehler feststellen. 90

In diesem Rahmen habe der Sachverständige klargestellt, dass der Cage und alle eingebrachten Schrauben weitgehend adäquat liegen würden, selbst wenn eine Schraube den Bereich LW5 im Verlauf lateral verlasse. Insoweit seien bei dem Eingriff weder zu lange Schrauben eingebracht worden noch habe eine Schraube irgendwo gedrückt. Zwar sei die Lage der rechten Schraube im Bereich von LW5 nicht optimal gewesen, dies sei aber noch nicht fehlerhaft gewesen und insbesondere hätte dies keiner Revision bedurft, weil durch diese Lage der Schraube keine somatischen Beschwerden hätten verursacht werden können und auch keine Nervenwurzel habe tangiert werden können. 91

Insgesamt sei damit von einer ordnungsgemäßen und nicht fehlerhaften Platzierung des eingebrachten Materials auszugehen, so dass also kein Fehler bei der technischen Durchführung des Eingriffs festgestellt werden könne. 92

Auch die postoperativen Nachbehandlungen sowohl im Krankenhaus der Beklagten zu 3) als auch ambulant bei den Kontrollen in der Praxis der Beklagten zu 2) seien ordnungsgemäß und nicht zu beanstanden gewesen, konkrete vorwerfbare Versäumnisse könnten insoweit nicht festgestellt werden. So hätten die Sachverständigen ausdrücklich klargestellt, dass das postoperative Vorgehen im Krankenhaus der Beklagten zu 3) nicht unzureichend gewesen sei und hier keine Versäumnisse aufgetreten seien. Die nicht optimale Lage der rechten Schraube sei auch auf dem postoperativen Röntgenbild bei einer ex ante Betrachtung erkannt, jedoch richtigerweise als nicht revisionspflichtig bewertet worden. 93

Auch bei den dokumentierten Nachbehandlungen und den Kontrollen im Zentrum der Beklagten zu 2) seien keine vorwerfbaren Versäumnisse aufgetreten. Insoweit hätten die Sachverständigen im schriftlichen Gutachten ausführlich dargelegt, es könne jedenfalls nicht festgestellt werden, dass auf mögliche Beschwerden der Klägerin unzureichend reagiert oder hier frühzeitiger hätte reagiert und die Ursache möglicher Beschwerden frühzeitiger hätte erkannt werden müssen. 94

Bezüglich der Revisionsoperation vom 05.07.2016 habe die Klägerin den ihr obliegenden Nachweis eines fehlerhaften Vorgehens des Beklagten zu 1) ebenfalls nicht geführt. 95

Auch bezüglich der Revisionsoperation sei das Vorgehen nicht deshalb fehlerhaft gewesen, weil hier im Zeitpunkt der Bejahung des Eingriffs noch keine Indikation für deren Vornahme bestanden habe. 96

Insoweit gehe die Kammer allerdings davon aus, dass die Indikation für deren Durchführung nicht mit einer schnell progredienten Degeneration bei LW5/SW1 bejaht oder begründet werden könne. Zwar müsse man davon ausgehen, dass die Klägerin eine gewisse Degeneration auch im Bandscheibenfach LW5/SW1 gehabt habe. Insoweit habe der Beklagte zu 1) auf der Grundlage des CT vom 18.05.2016 offensichtlich eine Anschlusspathologie in diesem Bandscheibenfach bejaht, auch bei der mündlichen Verhandlung habe er jedenfalls bestätigt, dass er eine solche, sich verstärkende Pathologie in diesem Bandscheibenfach angenommen habe. Soweit die Sachverständigen hier davon ausgegangen seien, dass der Beklagte zu 1) dem radiologischen Befundbericht zu dem CT 97

vom 18.05.2016, in dem diese Pathologie in diesem Bereich, anders als in dem Befundbericht der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 beschrieben sei, habe vertrauen dürfen, erscheine dies aus Sicht der Kammer so jedenfalls zweifelhaft. Hier sei nämlich zu berücksichtigen, dass dem Beklagten zu 1) diese bereits auf der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 erkennbare Pathologie im Bereich von LW5/SW1 bekannt gewesen sei und er diese wahrgenommen habe, er zugleich aber die Behandlung zunächst auf den gravierenderen Befund der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 in Höhe des Bandscheibenfaches LW4/5 konzentriert habe. Jedenfalls habe er bei der mündlichen Anhörung angegeben, dass er bei der Auswertung der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 diese bestehende Pathologie im Bereich von LW5/SW1 bereits erkannt habe.

Ausgehend davon hätten die Sachverständigen im schriftlichen Gutachten bzw. der Sachverständige Dr. D. bei der mündlichen Erläuterung eine wesentliche Verschlechterung und Veränderung beim Vergleich der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 und der CT-Aufnahme vom 18.05.2016 verneint. Insoweit hätten die Sachverständige nämlich klargestellt, dass beim Vergleich der CT-Aufnahme aus Mai 2016 mit der MRT-Aufnahme aus Dezember 2015 jeweils eine Degeneration im Bereich von LW5/SW1 vorgelegen habe, also im Mai 2016 keine zusätzliche Degeneration aufgrund der vorherigen Stabilisierung im Bereich LW4/5 erst aufgetreten sei, so dass damit keine sog. Anschlussdegeneration im angrenzenden Segment erst als Folge der zuvor vorgenommenen Stabilisierung im Bereich von LW4/5 aufgetreten sei. Dazu hätten die Sachverständigen darauf hingewiesen, dass anhand der MRT-Aufnahme vom 15.12.2015 sowie der beiden CT-Aufnahmen vom 22.02.2016 und 18.05.2016 bei LW5/SW1 jeweils ein unveränderter Befund vorgelegen habe, wobei der Sachverständige Dr. D. allerdings bei der mündlichen Erläuterung und Bestätigung der schriftlichen Ausführungen zusätzlich klargestellt habe, dass ein Vergleich einer MRT-Aufnahme mit einer CT-Aufnahme und damit der Vergleich der Aufnahmen aus Dezember 2015 und Mai 2016 durchaus nicht einfach sei. 98

Ausgehend davon habe er weiter festgestellt, dass sich aus seiner Sicht die Degeneration grundsätzlich im weiteren Verlauf als unverändert dargestellt habe, so dass mit einer erst durch die Stabilisierungsoperation vom 27.01.2016 verursachten Veränderung die Revisionsoperation und deren Indikation nicht begründet habe werden können und dies einem auch ambulant tätigen Neurochirurgen durchaus hätte auffallen müssen. 99

Ob sich mögliche Einschränkungen hier durch den Vergleich einer MRT-Aufnahme mit einer CT-Aufnahme hätten ergeben können und ob nicht ein Neurochirurg dadurch doch zu einer abweichenden Bewertung hätte gelangen dürfen, müsse im Ergebnis nicht entschieden werden. Auch wenn damit die vom Beklagten zu 1) primär herangezogene Begründung keine Indikation für die Revisionsoperation habe geben können, sei gleichwohl die vom Beklagten zu 1) bejahte Operationsindikation für die Revisionsoperation im Ergebnis grundsätzlich nicht fehlerhaft gewesen, vielmehr habe man diese der Klägerin unter bestimmten Umständen durchaus so empfehlen können. 100

Insoweit bestätigten sowohl die vorhandene Dokumentation als auch die eigenen Angaben der Klägerin, dass auch nach der Erstoperation bei der Klägerin nach einer allenfalls kurzen Besserung weiter und wieder starke Schmerzen vorhanden gewesen seien, die sich gegebenenfalls sogar noch verstärkt hätten, mithin hätte die Stabilisierungs- und Versteifungsoperation im Bereich LW4/5 allein noch keine Linderung erbracht. Ausgehend davon sowie von der nicht wesentlich veränderten oder verschlimmerten Degeneration im Bereich des Anschlusssegmentes LW5/SW1 habe eine Operationsindikation unter Berücksichtigung des weiteren Ermessensspielraums auf dieser Grundlage entsprechend 101

den Ausführungen des Sachverständigen Dr. D. in der mündlichen Verhandlung durchaus diskutiert und eine Operation jedenfalls der Klägerin vorgeschlagen werden können, wenn man mit ihr zumindest gleichzeitig auch die gegebenen konservativen Behandlungsmöglichkeiten angesprochen und diskutiert habe und sich die Klägerin dann letztlich zur Operation entschieden habe, wie dies erfolgt sei.

Lege man jedoch die diesbezügliche Dokumentation und die Niederlegungen in der Dokumentation bei den Vorstellungen der Klägerin in der Praxis der Beklagten zu 2) im Juni 2016 zugrunde, so seien ihr neben der Operation auch diesbezügliche konservative Behandlungsmöglichkeiten dargestellt worden, letztlich sei von der Klägerin jedoch der Weg eines weiteren operativen Eingriffs gewählt worden. Dies und die diesbezügliche Empfehlung dazu seien nicht zu beanstanden, wenn zugleich entsprechend den Niederlegungen in der Dokumentation auch die konservativen Behandlungsmöglichkeiten erörtert worden seien, wie dies festgehalten sei. 102

Zwar hätten die Klägerin und ihr Ehemann dieses pauschal in Abrede gestellt, dies reiche jedoch nicht aus, um die diesbezüglichen Niederlegungen in der Dokumentation zu entkräften. Dies gelte umso mehr, als in diesem Fall sogar der Zeuge C. als Ehemann - entgegen den eigenen Angaben der Klägerin - bestätigt habe, dass die Revisionsoperation hier von der Klägerin ausdrücklich gewünscht worden sei, was diese jedoch vehement in Abrede gestellt habe. 103

Ausgehend davon könne auf der Grundlage dieser Angaben des Zeugen sowie den entsprechenden Niederlegungen in der Dokumentation und den gleichzeitig bei der Klägerin unzweifelhaft fortbestehenden Schmerzen, die so auch in der Dokumentation der Klinik der Beklagten zu 5) festgehalten seien, die Bejahung einer Indikation für die Revisionsoperation nicht als fehlerhaft beanstandet werden, jedenfalls lasse sich nicht feststellen, dass dieser Eingriff so nicht indiziert gewesen sei und keinesfalls hätte vorgenommen werden dürfen. 104

Weiter sei auch das gewählte Verfahren nicht zu beanstanden gewesen bzw. ließen sich bei der Durchführung technische Fehler nicht feststellen. 105

Zwar habe der Sachverständige bestätigt, dass mit der Stabilisierungsoperation auch im Bereich LW5/SW1 schon eine sehr weitgehende Vorgehensweise gewählt worden sei; hier sei aber eben nicht sicher gewesen, ob eine alleinige Dekompression der LW5-Wurzel die fortbestehenden Schmerzen und Beschwerden hätte beseitigen können. Letztlich sei das gewählte Vorgehen entsprechend den Ausführungen des Sachverständigen im Termin eine durchaus akzeptable Behandlungsmöglichkeit gewesen und grundsätzlich der dann logische Folgeeingriff nach der vorgenommenen Erstoperation, mit der auch das Anschlusssegment ruhiggestellt werden solle, weil dies ebenfalls degeneriert gewesen sei. Demnach könne im Ergebnis das gewählte Vorgehen nicht zwingend als fehlerhaft beanstandet werde. 106

Weiter sei die Revisionsoperation im Rahmen des gewählten Vorgehens auch nicht fehlerhaft durchgeführt worden. 107

Zwar sei der Cage bei LW5/SW1 nicht optimal platziert worden, da er nicht quer genug eingebracht worden sei. Hier hätte entsprechend den Ausführungen der Sachverständigen im schriftlichen Gutachten ein einzelner Cage die sog. vordere Säule optimal abstützen sollen, um die knöcherne Fusion zu fördern und einer Schraubenlockerung grundsätzlich vorzubeugen. Gleichwohl sei die Lage nicht zwingend fehlerhaft und damit nicht zwingend zu beanstanden gewesen bzw. hätte dies nicht verändert werden müssen. 108

Weiter lasse sich nach den Ausführungen der Sachverständigen nicht feststellen, dass die vorgenommene Platzierung bzw. eine mangelnde Befestigung dazu geführt habe, dass das eingebrachte Implantat herausgedrückt worden sei. Ebenso lasse sich nicht feststellen, dass die nicht optimale Position des Cages für die spätere Dislokation verantwortlich gewesen sei bzw. diese verursacht habe. Insoweit sei nämlich zu berücksichtigen, dass sowohl ein intraoperativ fester und ausreichend hoher Cage und auch ein solcher mit optimaler Verankerung und Platzierung ohne weiteres als Komplikation dislozieren könne, wie dies hier nachfolgend geschehen sei. Weiter hätten die Sachverständigen nachträglich nicht feststellen können, dass ein eingebrachter Fixateur intraoperativ fehlerhaft oder infolge mangelnder Sorgfalt nicht richtig befestigt gewesen sei. Dafür würden sich insbesondere im Operationsbericht der nachbehandelnden Klinik keine diesbezüglichen Hinweise finden, insbesondere, dass sich der Fixateur nachträglich gelöst habe. Insoweit stelle also die spätere Dislokation auch kein Indiz für ein fehlerhaftes Vorgehen oder für eine mangelnde Sorgfalt dar, da dies als Komplikation auch bei einem in jeder Hinsicht ordnungsgemäß eingesetzten Cage auftreten könne.

Eine konkrete Verursachung der Dislokation gerade durch ein fehlerhaftes Vorgehen in Form eines fehlerhaften Einbringens des Materials oder einer fehlerhaften Platzierung etc. hätten die Sachverständigen jedenfalls nicht feststellen können, so dass die Klägerin insgesamt nicht nachgewiesen habe, dass es bei und im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff vom 05.07.2016 zu Fehlern und Versäumnissen gekommen sei bzw. dieser so keinesfalls hätte durchgeführt werden können. 110

Auch aus einer Aufklärungspflichtverletzung könnten diesbezügliche Ansprüche der Klägerin nicht hergeleitet werden. 111

Hier hätten die Sachverständigen festgestellt, für beide operative Eingriffe vom 27.01.2016 und 05.07.2016 lägen jeweils entsprechende Aufklärungsbögen vor, auf deren Grundlage für beide Eingriffe von einer den medizinischen Anforderungen entsprechenden Aufklärung auszugehen sei. Insoweit seien nämlich alle wesentlichen Aspekte wie Chancen und Risiken sowie auch konservative Behandlungsalternativen nochmals in den Aufklärungsbögen aufgenommen worden. Entscheidend sei hier insbesondere, dass in beiden Aufklärungsbögen maßgebliche Individualisierungen und handschriftliche Eintragungen der wesentlichen Risiken sowie auch ein nochmaliger diesbezüglicher Verweis auf konservative Behandlungsmöglichkeiten enthalten seien. Darüber hinaus seien auch in dem Aufklärungsbogen für die Erstoperation vom 27.01.2016 entsprechende Zeichnungen bezüglich des Vorgehens aufgenommen worden. Derartige Individualisierungen und handschriftliche Eintragungen seien insbesondere nach der Rechtsprechung des 112

OLG Hamm sowie der ständigen Praxis der Kammer ein wesentliches Indiz dafür, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden habe, in dem über die individualisierten Punkte sowie die handschriftlich vorgenommenen Eintragungen gesprochen worden sei. Lege man dies zugrunde, seien hier die wesentlichen Risiken für die beiden Eingriffe der Klägerin erläutert worden. 113

Soweit die Klägerin jeweils eine unzureichende Aufklärung rüge, seien ihre Angaben sowie die des Zeugen C. nicht geeignet, die entsprechend ordnungsgemäßen Aufklärungen für beide Eingriffe in Zweifel zu ziehen. So habe selbst die Klägerin bestätigt, dass der Beklagte zu 1) ihr das diesbezügliche Vorgehen erläutert habe. Während der Zeuge C. zwar eine Erläuterung des Vorgehens und die diesbezüglich vorgenommenen Einzeichnungen bestätigt habe, sollten nach seinen Angaben vom Beklagten zu 1) keine diesbezüglichen Risiken erwähnt worden sein. Insoweit wäre es dann unverständlich, wie es zu den weiteren 114

Eintragungen des Beklagten zu 1) hinsichtlich der Risiken am Ende des Aufklärungsbogens gekommen sei, zumal nicht einmal die Klägerin behauptete, dass bei Unterschriftsleistung die diesbezüglichen Eintragungen nicht vorhanden gewesen seien. Darüber hinaus habe die Klägerin selbst entgegen den Angaben ihres Ehemannes eingeräumt, dass durchaus auch über gewisse Risiken gesprochen worden sei, wobei sie sich lediglich nicht mehr habe erinnern können, über welche Risiken im Einzelnen gesprochen worden sei. Demnach seien die diesbezüglichen Angaben des Zeugen C., der jegliche Angabe von Risiken verneint habe nicht geeignet, die durch die Aufklärungsbögen begründete jeweilige Indizwirkung hinsichtlich eines umfassenden Aufklärungsgespräches mit der Angabe der wesentlichen Risiken bei beiden Eingriffen in Zweifel zu ziehen.

Zudem habe hier auch eine ausreichende Aufklärung über konservative weitere Behandlungsmöglichkeiten als Alternative zur Operation stattgefunden. Dies sei bei den jeweiligen Vorgesprächen in der Dokumentation der Beklagten zu 2), in deren Praxis diese stattgefunden hätten, ausdrücklich niedergelegt und vom Beklagten zu 1) auch nochmals bestätigt worden, so dass seine diesbezüglichen Angaben durch die Dokumentation bestätigt worden seien. Wie oben ausgeführt, seien die diesbezüglichen Angaben der Klägerin und des Zeugen C. nicht geeignet, die durch die Niederlegung in der Dokumentation begründete Indizwirkung, die zudem auch durch die detaillierten Angaben des Beklagten zu 1) bestätigt worden seien, in Zweifel zu ziehen, zumal ein handschriftlicher Hinweis auch in den jeweiligen Aufklärungsbögen nochmals enthalten sei. Demnach sei auch insoweit von einer ausreichenden Aufklärung über die noch gegebenen, jeweiligen konservativen Behandlungsmöglichkeiten statt einer durchgeführten Operation auszugehen. 115

Damit stehe im Ergebnis fest, dass für beide Eingriffe jeweils ausreichende Aufklärungen vorgelegen hätten, so dass auch aus einer Aufklärungspflichtverletzung für einen der beiden Eingriffe, die dann in der Klinik der Beklagten zu 3) bzw. der Beklagten zu 5) durchgeführt worden seien, keine Ansprüche hergeleitet werden könnten. 116

Hiergegen richtet sich die Berufung der **Klägerin**, die ihre erstinstanzlichen Anträge vollumfänglich weiterverfolgt. 117

Zunächst erkenne das Landgericht Bochum eine Passivlegitimation der Beklagten zu 4) als übergeordnetem Rechtsträger der jeweiligen gGmbH. In diesem Zusammenhang seien die Grundsätze der allgemeinen Rechtsscheinhaftung nicht vom Landgericht berücksichtigt worden. Der allgemeine Rechtsschein verdränge hierbei auch die Regelung des § 15 Abs. 2 S. 1 HGB, da sich die Berufung auf den Registerinhalt als rechtsmissbräuchlich im Sinne des § 242 BGB erweise. 118

Das Landgericht habe zu Unrecht keinen die Haftung der Beklagten begründenden Behandlungsfehler festgestellt. 119

Es habe bereits keine Indikation für die Erstoperation vom 27.01.2016 vorgelegen. Sowohl die Klägerin als auch ihr Ehemann hätten vor Gericht bestätigt, dass der Beklagte zu 1) bei dem Erstgespräch am 06.01.2016 mitgeteilt habe, dass die Klägerin um eine Operation nicht herumkommen werde und eine konservative Therapie hier nicht weiterführen würde. Bei dem weiteren Gesprächstermin am 22.01.2016 sei auch nicht mehr über die Alternative einer konservativen Behandlung gesprochen worden. 120

Die Aussage des Zeugen C. sei vom Landgericht nicht ausreichend gewürdigt worden, welcher glaubhaft ausgesagt habe, dass der Klägerin von Seiten des Beklagten zu 1) vor der Erstoperation keine konservative Therapie angeraten worden sei. Entgegen der Auffassung 121

des Landgerichts sei die Operation auch nicht der Wunsch der Klägerin gewesen.

Es seien auch keine Widersprüche zu den Angaben des Ehemannes der Klägerin erkennbar, da beide bestätigt hätten, dass der Beklagte zu 1) ihr nur eine Operation als allein zum Erfolg führende Behandlungsmöglichkeit aufgezeigt habe. 122

Selbst wenn man einen Anruf der Klägerin mit dem Wunsch, die Operation vorzuziehen, unterstellen sollte, könne dies auf andere Gründe hindeuten, beispielsweise eine Terminkollision. Ein solcher Anruf würde keinesfalls einen Wunsch nach einer Operation belegen. 123

Hinzu komme, dass der Indikationsstellung mehrere Fehldiagnosen zugrunde gelegen hätten. Der Beklagte zu 1) habe die relativ frische Fraktur in der rechten Pars interarticularis des Wirbelbogens LW5 nicht erkannt. Hätte er diese erkannt, hätte die Operation so nicht vorgenommen werden dürfen, sondern wäre eine konservative Behandlung geboten gewesen. 124

Die Beklagten könnten sich nicht damit entlasten, dass das Erkennen der Fraktur schwierig gewesen sei. Eine umfangreiche Befundung von radiologischen Aufnahmen und insbesondere die Auswertung von mitgebrachten MRT-Aufnahmen könne auch von einem ambulant tätigen Neurochirurgen erwartet werden. Die Behandlung einer Wirbelkörperfraktur entspreche der standardmäßigen Versorgung durch einen niedergelassenen Neurochirurgen. Folglich sei eine Wirbelkörperfraktur auch immer im Rahmen einer Differentialdiagnose in Betracht zu ziehen. Der Beklagte zu 1) habe sich auch nicht auf die Beurteilung des Radiologen verlassen dürfen. Der Grundsatz der horizontalen Arbeitsteilung erfahre hier durch die Überlappung der Fachdisziplinen und die Eigenverantwortlichkeit des Beklagten zu 1) in seinem eigenen Fachgebiet eine Einschränkung. 125

Die von dem Beklagten zu 1) ebenfalls wohl zusätzlich diagnostizierte Listhese LW4 1. Grades nach Meyerding, also ein Wirbelgleiten, habe eindeutig nicht vorgelegen. Folglich hätte eine solche auch nicht zur Grundlage der Diagnose und einer entsprechenden Entscheidung zur Begründung einer Indikation für einen operativen Eingriff gemacht werden können und dürfen. 126

Allein die hochgradige Bandscheibendegeneration im Bandscheibenfach LW4/5 habe eine grundsätzliche Operationsindikation nicht begründen können, da in diesem Fall eine konservative Behandlung vorzugswürdig gewesen wäre. 127

Es sei zudem fehlerhaft, dass die zum Zeitpunkt der Vorstellung beim Beklagten zu fachärztlich festgestellte, mittelgradige Depression von diesem nicht ausreichend berücksichtigt worden sei. Das Landgericht habe übersehen, dass die Klägerin bereits am 26.01.2016 in dem „Fragebogen zur Krankenvorgeschichte des Patienten (Anamnese)“ angegeben habe, dass sie unter einer Depression leide. 128

Zudem sei der Eingriff vom 27.01.2016 im Rahmen des gewählten Vorgehens auch fehlerhaft vorgenommen worden. Das Material sei nachweislich nicht ordnungsgemäß eingebracht worden und die spätere Dislokation hätte vermieden werden können. 129

Bezüglich der Revisionsoperation sei das Vorgehen schon deshalb fehlerhaft, weil hier im Zeitpunkt der Bejahung des Eingriffs ebenfalls noch keine Indikation für deren Vornahme bestanden habe. 130

Darüber hinaus habe das Landgericht verkannt, dass Aufklärungsfehler vorlägen. Sie sei nicht über die Möglichkeit einer konservativen Therapie als Behandlungsalternative aufgeklärt worden. Das Landgericht habe den Vortrag der Klägerin nicht hinreichend zur Kenntnis genommen.

Die Klägerin beantragt, 132

unter Abänderung des am 25.01.2023 verkündeten Urteil des Landgerichts Bochum, I-6 O 113/19, 133

1. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld nicht unter 54.000,00 Euro nebst Zinsen daraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen, 134

2. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche materiellen Schäden aus Anlass der streitgegenständlichen Fehlbehandlung sowie solche zukünftigen immateriellen Schäden, die aus einer heute nicht absehbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin folgen und die auf der streitgegenständlichen Behandlung der Beklagten beruhen, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger und/oder andere Dritte übergegangen sind bzw. noch übergehen werden. 135

Die Beklagten beantragen, 136

die Berufung zurückzuweisen. 137

Die **Beklagten** verteidigen die angefochtene Entscheidung. 138

Die **Beklagten zu 1) und 2)** berufen sich erneut darauf, dass sowohl in der Karteikarte als auch in dem Aufklärungsbogen festgehalten worden sei, dass die Klägerin vom Beklagten zu 1) sehr wohl über die Behandlungsalternative einer Fortsetzung der konservativen Therapie informiert worden sei. Dies sei von ihr aber explizit nicht gewünscht worden. Dies hätten auch die Anhörungen der Klägerin und des Beklagten zu 1) ergeben. 139

Es habe auch eine Indikation zur Revisions-OP bestanden. Andernfalls würde es sich auch „nur“ um einen Diagnoseirrtum handeln, auf dem sodann die weitere Indikationsstellung beruht habe. 140

Die **Beklagte zu 3)** wendet ein, der Sachverständige habe ausgeführt, es sei nicht fehlerhaft, dass der Beklagte zu 1) den Wirbelbogenbruch bei der Begutachtung der MRT-Bilder nicht gesehen habe. Eine solche umfangreiche Befundung von radiologischen Aufnahmen und insbesondere Auswertung von mitgebrachten MRT-Aufnahmen mit mehreren Serien von jeweils 30 Bildern könne im normalen Praxisalltag von ambulant tätigen Neurochirurgen nicht geleistet werden. Es liege insofern ein Diagnoseirrtum vor, der haftungsrechtlich nicht vorwerfbar sei und keinen Behandlungsfehler darstelle. 141

Das Landgericht Bochum sei aufgrund der Beweisaufnahme und aufgrund der Ausführungen des Sachverständigen überdies jedenfalls zutreffend zu der Auffassung gelangt, dass es aus neurochirurgischer Sicht nach den vorgenommenen klinischen Untersuchungen und der Anamnese sowie auf Grundlage des MRT vom 15.12.2015 vertretbar gewesen sei, die auch von dem Radiologen in seinem Befundbericht beschriebene Degeneration des Bandscheibenfachs LW4/5 als Hauptbefund für die damaligen Beschwerden der Klägerin zu bewerten und auf dieser Grundlage dann eine Indikation für die letztlich vorgenommene 142

Operation am 27.01.2016 zu bejahen. Es sei nicht zutreffend, dass sich die Operationsindikation nur aufgrund des Operationswunschs der Klägerin ergeben habe. Bereits die Angaben der Klägerin führten zu einer Relativierung der vorstehend zitierten Annahme des Sachverständigen. Der Sachverständige habe eine konservative Therapie nur dann für die bessere Behandlungsalternative gehalten, wenn in den zwei Monaten vor Vorstellung bei dem Beklagten zu 1) keine konservativen Maßnahmen versucht worden seien. Dies sei nach eigener Angabe der Klägerin allerdings der Fall gewesen. Überdies seien diese konservativen Therapien erfolglos verlaufen, so dass die Klägerin sich bei dem Beklagten zu 1) nach der Überweisung ihres niedergelassenen Arztes und der Überweisung konkret zur Prüfung der Operationsindikation vorgestellt habe. Darüber hinaus habe im Rahmen der Beweisaufnahme aber auch festgestellt werden können, dass über konservative Behandlungsalternativen gesprochen worden sei und ein Wunsch der Klägerin zur Operation bestanden habe.

Die Depression sei lediglich in dem Aufklärungsdokument zur Operationsanästhesie angegeben worden und gerade nicht gegenüber dem Beklagten zu 1). Sie habe der Operationsindikation darüber hinaus ohnehin nicht entgegen gestanden, da sie hinreichend behandelt worden sei. 143

Die Beweisaufnahme habe auch eindeutig ergeben, dass der Eingriff vom 27.01.2016 technisch nicht fehlerhaft durchgeführt worden sei. Es sei von einer ordnungsgemäßen Platzierung des Materials auszugehen. 144

Die **Beklagten zu 4) und 5)** berufen sich zunächst weiterhin darauf, dass die Beklagte zu 4) nicht passivlegitimiert sei. 145

Im Übrigen habe die Revisionsoperation der Klägerin unter Berücksichtigung der klinischen Situation (erneute starke Schmerzen) aber auch des ausdrücklichen Wunsches der Klägerin angeboten werden dürfen. 146

Die Klägerin sei über das Risikopotenzial und auch die bestehenden Alternativen, insbesondere auch die konservativen Behandlungsmöglichkeiten, aufgeklärt worden. Dies sei den Aufklärungsbögen zu entnehmen. Die Beweiswürdigung des Landgerichts sei nicht zu beanstanden. 147

Auch das gewählte Verfahren sei nicht zu beanstanden. Es mangle darüber hinaus an der Kausalität. 148

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und die erstinstanzlich gestellten Anträge wird auf die angefochtene Entscheidung und die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 149

Der Senat hat die Klägerin und den Beklagten zu 1) ergänzend persönlich angehört und Beweis erhoben durch ergänzende Anhörung des Sachverständigen Dr. D.. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 02.02.2024 sowie den Berichterstattevermerk vom selben Tage Bezug genommen. 150

II.

Die zulässige Berufung hat auch in der Sache in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang Erfolg. 151

1.	152
Der Klägerin stehen gegen die Beklagte zu 4) weder vertragliche Ansprüche aus einem Behandlungsvertrag nach §§ 630a, 280 Abs. 1, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB noch deliktische Ansprüche nach §§ 831, 249, 253 Abs. 2 BGB zu. Die Berufung war insofern zurückzuweisen.	153
Denn die Beklagte zu 4) ist – wie das Landgericht zutreffend ausgeführt hat – nicht passivlegitimiert. Sie ist gerade nicht Trägerin des Ev. Krankenhauses E., so dass zu ihr weder eine vertragliche Beziehung im Rahmen eines Behandlungsvertrages besteht noch sie Geschäftsherr im Sinne des § 831 BGB ist.	154
Etwas anderes ergibt sich auch nicht nach den Grundsätzen der allgemeinen Rechtsscheinhaftung.	155
Die Rechtsscheinhaftung setzt zunächst die Schaffung eines Rechtsscheins voraus, welcher dem in Anspruch Genommenen zurechenbar ist. Des Weiteren muss derjenige, der sich auf den Rechtsschein beruft, auf diesen gutgläubig vertraut haben. Das Vertrauen auf die Richtigkeit muss schutzwürdig sein und es muss treu- und rechtswidrig sein, dass sich der in Anspruch Genommene auf die Rechtslage und damit die Unrichtigkeit des Rechtsscheins beruft.	156
Hier hat die Beklagte zu 4) bereits keinen zurechenbaren Rechtsschein geschaffen. Interneteinträge Dritter (wie auf Wikipedia) sind ihr nicht zuzurechnen. Auch auf der vorgelegten Internetseite (Anlage K7) werden neben der Erläuterung des Stiftungszwecks die maßgeblichen (Rechts-)Träger der Krankenhäuser aufgelistet.	157
Darüber hinaus hat die Klägerin nicht auf einen Rechtsschein (gutgläubig) vertraut. So hat sie außergerichtlich die richtige juristische Person, nämlich die gGmbH, angeschrieben. Diese hat sie als Beklagte zu 5) auch mit verklagt. Dabei war es von vornherein ausgeschlossen, dass sowohl die Beklagte zu 4) als auch die Beklagte zu 5) (Rechts-)Träger des Ev. Krankenhauses E. sind.	158
2.	159
Der Klägerin stehen aber gegen die Beklagten zu 2), 3) und 5) vertragliche Ansprüche aus den Behandlungsverträgen gemäß §§ 630a, 280 Abs. 1, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB und gegen die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) deliktische Ansprüche gemäß §§ 823 Abs. 1, 831, 249, 253 Abs. 2 BGB zu.	160
Die erneute Beweisaufnahme vor dem Senat hat nicht dazu geführt, dass die Klägerin den ihr obliegenden Beweis dafür erbracht hat, durch die Beklagten fehlerhaft behandelt worden zu sein.	161
Die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) sind der Klägerin jedoch als Gesamtschuldner zur Zahlung von Schmerzensgeld und zum Ausgleich aller ihr aus der streitgegenständlichen Behandlung entstandenen materiellen Schäden sowie zukünftiger nicht vorhersehbarer immaterieller Schäden, soweit sie nicht auf Sozialversicherungsträger und/oder anderer Dritter übergegangen sind oder noch übergehen werden, verpflichtet, weil die Eingriffe vom 27.01.2016 und 05.07.2016 mangels ordnungsgemäßer Aufklärung ohne wirksame Einwilligung der Klägerin erfolgten.	162
a)	163

Was die von der Klägerin mit der Berufung weiterhin behaupteten Behandlungsfehler angeht, sind diese auch nach der erneuten Beweisaufnahme durch den Senat nicht feststellbar. 164

Der Senat stützt sich insoweit nach eigener kritischer Prüfung auf die erstinstanzliche, die Tatsachen vollumfänglich ausschöpfende Begutachtung durch den Sachverständigen Dr. D. und seine ergänzenden Ausführungen bei seiner Anhörung vor dem Senat. Als Facharzt für Neurochirurgie ist der Sachverständige befähigt, das fragliche Geschehen sicher zu bewerten. Er hat sich bereits erstinstanzlich dezidiert mit den vorhandenen Krankenunterlagen und dem zu begutachtenden Sachverhalt auseinandergesetzt und auch im Rahmen seiner Anhörung vor dem Senat seine Feststellungen und fachlichen Beurteilungen unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde und der einschlägigen Literatur überzeugend vertreten. 165

Der Sachverständige hat auch anlässlich der Erläuterung seines Gutachtens vor dem Senat bestätigt, dass für die Operation vom 27.01.2016 eine relative Operationsindikation bestand. 166

Bei der von dem Beklagten zu 1) korrekt erkannten Degeneration bei LW4/5 sei eine Operation vor dem Hintergrund der Beschwerden der Klägerin (Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein) vertretbar gewesen, sofern konservative Alternativen entweder ausgeschöpft gewesen seien – was sich der Dokumentation nicht entnehmen lasse – oder nach Aufklärung über die Möglichkeit weiterer konservativer Behandlungsmöglichkeiten eine operative Versorgung dem Wunsch der Klägerin entsprochen hätte. 167

In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige ausführlich erläutert, warum das Verkennen der relativ frischen Fraktur in der rechten Pars interarticularis des Wibelbogens LW5 auf den MRT-Aufnahmen vom 15.12.2015 dem Beklagten zu 1) nicht vorgeworfen werden kann. 168

Bereits in ihrem Gutachten vom 07.05.2021 haben die Sachverständigen nachvollziehbar ausgeführt, dass dieser Frakturtypus bei einem Erwachsenen relativ selten sei und im MRT oft nur durch indirekte Zeichen (z.B. Knochenmarksödem) zu erkennen sei. Eine solche Signalveränderung sei auch hier nur bei zwei Serien auf jeweils einem Bild zu erkennen gewesen, wobei das MRT vorliegend aus mehreren Serien von jeweils 30 Bildern bestanden habe. 169

Der Sachverständige hat vor dem Senat anschaulich beschrieben, dass er die Aufnahmen vier sehr erfahrenen Neurochirurgen gezeigt habe, von denen nur zwei die Fraktur nach einigem Suchen festgestellt hätten. 170

Er ist konsequent zu dem Ergebnis gelangt, dass das Erkennen der Fraktur von einem ambulant tätigen Neurochirurgen nicht zu erwarten sei. 171

Der Senat schließt sich diesen Feststellungen an, so dass eine Abweichung vom Standard bei Bewertung des Verkennens der Fraktur nicht festgestellt werden kann. Darüber hinaus durfte sich der Beklagte zu 1) auf die Befundung durch den Radiologen vom 16.12.2015 verlassen. 172

Ein Arzt darf sich darauf verlassen, dass ein Kollege eines anderen Fachgebiets seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Er darf sich deshalb in der Regel auf die Richtigkeit der von dem Facharzt erhobenen Befunde verlassen, solange diese plausibel sind und keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar sind (Prinzip 173

der horizontalen Arbeitsteilung) (OLG Frankfurt, Urteil vom 16.07.2019, 8 U 59/17, zit. nach juris Rn. 70).

Zweifel an der Befundung des Radiologen mussten sich dem Beklagten zu 1) hier nicht aufdrängen. 174

Sofern der Beklagte zu 1) die Operationsindikation darüber hinaus auf ein Wirbelgleiten gestützt hat, lag ein Versatz der Wirbelkörper LW4/5, geschweige denn ein Wirbelgleiten, nach den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen zwar nicht vor. Da jedoch schon die degenerative Veränderung ausreichend zur relativen Operationsindikation gewesen ist, ist es unschädlich, dass das Wirbelgleiten nicht vorlag. 175

Die bei der Klägerin bestehende Depression wirkte sich letztlich ebenfalls nicht auf die relative Operationsindikation aus. 176

Zwar hat der Beklagte zu 1) im Widerspruch zu seinem bisherigen Vortrag vor dem Senat eingeräumt, bereits vor der Operation vom 27.01.2016 Kenntnis von der Depression der Klägerin gehabt zu haben. Er hat auch angegeben, dass Depressionen bei der Behandlung von degenerativen Wirbelsäulenleiden grundsätzlich von Bedeutung seien und insbesondere bei einer endogenen Depression – anders als bei einer reaktiven Depression – Zurückhaltung bei der Frage einer Operationsindikation geboten sei. 177

Der Sachverständige hat jedoch in der Folge nachvollziehbar ausgeführt, dass ein Neurochirurg nicht die Art der Depression erfragen müsse, wenn der Patient – wie hier – wegen seiner Depression in Behandlung sei und die Bildbefunde – wie hier – die Rückenbeschwerden erklärten, selbst wenn das Ausmaß der Beschwerden durch die Depression gefärbt sein könne. 178

Dem Berufungseinwand der Klägerin, die Operation vom 27.01.2016 sei nicht behandlungsfehlerfrei durchgeführt worden, weil das Material nicht ordnungsgemäß eingebracht worden sei, durch die Vielzahl des „nicht optimal platzierten“ Materials werde in der Gesamtschau ein Behandlungsfehler bestätigt, kann nicht gefolgt werden. Bereits in dem Gutachten vom 07.05.2021 haben die Sachverständigen zweifelsfrei ausgeführt, dass sowohl der Cage als auch alle Schrauben adäquat lägen, selbst wenn eine Schraube den LW5 im Verlauf verlasse. Sie seien ordnungsgemäß platziert worden. Die Lage der rechten Schraube im LW5 sei zwar suboptimal gewesen, aber nicht fehlerhaft und habe entsprechend keiner Revision bedurft, weil sie keine somatischen Beschwerden hätte verursachen können und auch keine lumbale Nervenwurzel tangiere. 179

Vor dem Senat hat der Sachverständige noch einmal ausdrücklich festgestellt, dass bei der Durchführung der Operation keine Anhaltspunkte für eine Standardabweichung bestünden. 180

Auch der Senat vermag entsprechend keine Standardabweichung festzustellen. Gleiches gilt in Bezug auf die Operation vom 05.07.2016. 181

Auch insofern lag aufgrund der weiterhin bei der Klägerin bestehenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule eine relative Indikation zu der durchgeführten Operation vor. 182

Der Sachverständige Dr. D. hat hierzu bereits in der mündlichen Verhandlung vom 25.01.2023 vor dem Landgericht und bestätigend vor dem Senat erläutert, dass der Beklagte zu 1) aufgrund der vorhandenen degenerativen Veränderungen im Bereich LW5/SW1 bei andauernden Beschwerden über eine weitere Operationsoption mit der Klägerin habe 183

sprechen dürfen. Es habe bezüglich der Operationsindikation insofern ein weiter Ermessensspielraum bestanden.

Nach den mit der Berufung nicht gerügten und insgesamt nicht zu beanstandenden Feststellungen des Landgerichts unterliefe auch kein Behandlungsfehler bei der Durchführung der Operation vom 05.07.2016. 184

Nach den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen sei die Position des Cages bei LW5/SW1 zwar suboptimal gewesen, es könne aber nicht festgestellt werden, dass die suboptimale Position des Cages für dessen spätere Dislokation ursächlich gewesen sei. 185

b) 186

Der Klägerin stehen jedoch die tenorierten Ansprüche gegen die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) als Gesamtschuldner gemäß §§ 630d, 280 Abs.1, 823 Abs.1, 253 Abs. 2, 249 Abs.1 BGB zu. 187

Die Beweisaufnahme hat nicht zur Überzeugung des Senats geführt, dass die Klägerin selbstbestimmt in die Operationen vom 27.01.2016 und 05.07.2016 eingewilligt hat. Es steht weder fest, dass ein inhaltlich hinreichendes Aufklärungsgespräch geführt wurde, noch kann von einer hypothetischen Einwilligung ausgegangen werden. 188

Es entspricht ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und nunmehr § 630d BGB, dass ärztliche Heileingriffe grundsätzlich der Einwilligung des Patienten bedürfen, um rechtmäßig zu sein. Die wirksame Einwilligung des Patienten setzt dabei dessen ordnungsgemäße Aufklärung voraus (vgl. BGH, Urteil vom 11.10.2016, VI ZR 462/15, zit. nach NJW-RR 2017, 533, 534 Rn. 8; Urteil vom 30.09.2014, VI ZR 443/13, zit. nach NJW 2015, 74, 75 Rn. 6). Die Aufklärung soll dem Patienten eine zutreffende Vorstellung davon verschaffen, worauf er sich einlässt, wenn er der vorgesehenen Behandlung zustimmt und ihn dadurch in die Lage versetzen, über die Inkaufnahme der mit ihr verbundenen Risiken frei zu entscheiden. Dabei müssen grundsätzlich die in Betracht kommenden Risiken nicht exakt medizinisch beschrieben werden. Es genügt vielmehr, den Patienten „im Großen und Ganzen“ über Chancen und Risiken der Behandlung aufzuklären und ihm dadurch eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren zu vermitteln, ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern (BGH, Urteil vom 29.01.2019, VI ZR 117/18, zit. nach NJW 2019, 1283, 1284 Rn. 15 m.w.N.). 189

Ausgangspunkt der Überlegungen müssen dabei Sinn und Zweck der Pflicht des Arztes zur Aufklärung sein. Die Aufklärungspflicht soll das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sichern, indem gewährleistet wird, dass der Patient eine zutreffende Vorstellung davon hat, worauf er sich einlässt, wenn er der vorgesehenen Behandlung zustimmt. 190

aa) 191

Wie vom Landgericht zutreffend angenommen, ist die Klägerin vom Beklagten zu 1) über die mit den Eingriffen verbundenen Risiken in der erforderlichen Deutlichkeit aufgeklärt worden. Die von der Klägerin noch insofern erstinstanzlich erhobene Aufklärungsrüge, erhebt sie nunmehr im Rahmen der Berufung nicht mehr. Die Feststellungen des Landgerichts sind auch nicht zu beanstanden. 192

bb) 193

194

Indes steht zur Überzeugung des Senats nach der Beweisaufnahme nicht fest, dass der Beklagte zu 1) die Klägerin vor den Eingriffen vom 27.01.2016 und 05.07.2016 über die Alternative einer konservativen Behandlung aufgeklärt hat. Eine solche Aufklärung war nach den Ausführungen des Sachverständigen indes insbesondere vor dem Hintergrund der bloßen relativen Operationsindikation geboten.

Zu einer ordnungsgemäßen Aufklärung gehört unter bestimmten Umständen auch, dass der Arzt dem Patienten Kenntnis über Behandlungsalternativen verschaffen muss. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist zwar die Wahl der Behandlungsmethode primär Sache des Arztes (BGH, Urteil vom 15.10.2019, VI ZR 105/18, zit. nach juris Rn. 14; Beschluss vom 17.12.2013, VI ZR 230/12, zit. nach juris Rn. 8; Urteil vom 22.05.2007, VI ZR 35/06, zit. nach juris Rn. 12; Urteil vom 15.03.2005, VI ZR 313/03, zit. nach juris Rn. 10; Urteil vom 22.09.1987, VI ZR 238/86, zit. nach juris Rn. 12). Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erfordert aber eine Unterrichtung über eine alternative Behandlungsmöglichkeit, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen bieten (BGH, Urteil vom 07.12.2021, VI ZR 277/19, zit. nach juris Rn. 7; Urteil vom 28.08.2018, VI ZR 509/17, zit. nach juris Rn. 28; Beschluss vom 17.12.2013, VI ZR 230/12, zit. nach juris Rn. 8; Urteil vom 13.06.2006, VI ZR 323/04, zit. nach juris Rn. 13). Dies ist gesetzlich nunmehr auch in § 630e Abs. 1 S. 3 BGB normiert. Danach ist bei der Aufklärung auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. 195

Unter Beachtung dieser Maßstäbe gelingt den Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) der Nachweis einer korrekten Aufklärung nicht. 196

Nach dem Beweisergebnis einer relativen Indikation waren die Operationen zwar vertretbar. Es bestand aber gerade in Form von konservativer Therapie eine medizinische Alternative. 197

Der Sachverständige hat anlässlich seiner Anhörung vor dem Senat deutlich gemacht, dass die Eingriffe vom 27.01.2016 und 05.07.2016 lediglich relativ indiziert waren und – sofern diese nicht ausgeschöpft waren – insbesondere konservative Behandlungsalternativen wie Physiotherapie, Schmerzmedikation und Spritzentherapien in Betracht gekommen wären. 198

Zur konservativen Therapiealternative hat der Sachverständige anlässlich seiner Erläuterung vor dem Senat verdeutlicht, dass konservative Behandlungen zwar keine Aussicht auf Heilung geboten hätten, aber auf Beschwerdelinderung, dies auch für mehrere Monate oder Jahres. Es sei sogar denkbar, dass die Klägerin auch noch acht Jahre später hätte laufen können. 199

Der Sachverständige hat nachdrücklich betont, dass bei der Frage, ob eine operative oder konservative Behandlung erfolgen soll, eine umfassende Abwägung geboten sei. Neben den üblichen Risiken einer Operation (Narkose, Wundstörungen etc.) sei bei einer Versteifung der Wirbelsäule zu beachten, dass diese häufig Folgeoperationen nach sich ziehen würde, die möglichst zeitlich hinauszuzögern seien. Auf der anderen Seite bestehe bei der hochdosierten Gabe von Schmerzmitteln ein hohes Abhängigkeitspotential. Würden Wirbelsäulenoperationen zu weit hinausgezögert, könnten sich die Schmerzen außerdem chronifizieren. 200

Dass der Beklagte zu 1) der Klägerin diesen notwendigen Abwägungsprozess und die dafür erforderlichen tatsächlichen Informationen dargelegt hat, ist schon dem eigenen Vortrag der Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) nicht zu entnehmen.

Dass der Beklagte zu 1) die Klägerin mit hinreichender Deutlichkeit über die notwendige Abwägung und alternative konservative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt hat, kann auch nicht aufgrund der Dokumentation der Beklagten zu 2), 3) und 5) angenommen werden. 202

Die Rechtsprechung misst einer ordnungsgemäßen, zeitnah erstellten Dokumentation, die keinen Anhalt für Veränderungen, Verfälschungen oder Widersprüchlichkeiten bietet, zugunsten der Behandlungsseite Indizwirkung bei, die im Rahmen der freien tatrichterlichen Beweiswürdigung nach § 286 Abs. 1 ZPO zu berücksichtigen ist. Eine in diesem Sinne vertrauenswürdige Dokumentation kann dem Tatrichter die Überzeugung davon vermitteln, dass die dokumentierten Maßnahmen tatsächlich getroffen worden sind. Ihr darf der Tatrichter im Rahmen der freien tatrichterlichen Beweiswürdigung nach § 286 Abs. 1 ZPO grundsätzlich Glauben schenken (BGH, Urteil vom 05.12.2023, VI ZR 108/21, zit. nach juris Rn. 17 m.w.N.). 203

Zwar kommt einer elektronisch erstellten Dokumentation, die nachträgliche Änderungen entgegen § 630f Abs. 1 S. 2+3 BGB nicht erkennbar macht, seit dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes keine positive Indizwirkung mehr dahingehend zu, dass die dokumentierten Maßnahmen von dem Behandelnden tatsächlich vorgenommen wurden. Dies bedeutet aber nicht, dass eine solche Dokumentation bei der Beweiswürdigung vollständig unberücksichtigt zu bleiben hat. Sie bildet vielmehr einen tatsächlichen Umstand, den der Tatrichter bei seiner Überzeugungsbildung unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlungen und des Ergebnisses der Beweisaufnahme einer umfassenden und sorgfältigen, angesichts der fehlenden Veränderungssicherheit aber auch kritischen Würdigung im Sinne des § 286 ZPO zu unterziehen hat (BGH, Urteil vom 27.04.2021, VI ZR 84/19). 204

Insofern ist zu berücksichtigen, dass der Operationsbericht vom 27.01.2016 die Ausführungen enthält, wonach die Patientin präoperativ über Indikation, Prozedere, Komplikationsmöglichkeiten sowie über mögliche mittel- und langfristige Verläufe mit und ohne Operation ausführlich aufgeklärt worden sei und sich explizit für den operativen, stabilisierenden Eingriff entschieden habe. Über die Alternativtherapie (Fortführung des Versuchs der konservativen Therapie) sei die Patientin ebenfalls ausführlich aufgeklärt worden. Bereits zuvor ist im Operationsbericht vermerkt, dass die Patientin über chronisch-progrediente, therapieresistente L5 radikuläre Ischialgien mit begleitender Lumbalgie klagt, die sich sämtlich unter einer bislang durchgeführten konservativen Therapie nicht rückläufig zeigten. Die Beschwerdesymptomatik würde seit Jahren progredient bestehen und sei im Verlauf deutlich exazerbiert. 205

Auf den proComliance-Aufklärungsbögen „Stabilisierende Operationen bei Verschleiß/Fehlstellung (Lendenwirbelsäule, Übergang Brust-/Lendenwirbelsäule)“ ist unter dem 22.01.2016 „alternativ: konservative Therapie“ und unter dem 24.06.2016 „alternativ: konservativ“ vermerkt. 206

Ferner wurde in der Patientenakte der Beklagten zu 2) unter dem 22.01.2016 und wortgleich unter dem 24.06.2016 vermerkt: „Die Patientin/Sie ist über alle möglichen konservativen und operativen Behandlungsmethoden aufgeklärt worden.“ 207

Nähere Ausführungen dazu, welche konservativen Behandlungen bei der Klägerin bereits durchgeführt wurden und welche weiterhin möglich sind, enthält die Dokumentation nicht. Andeutungen, dass die notwendige Abwägung der Klägerin erläutert wurde, sind der Dokumentation ebenfalls nicht zu entnehmen.

Dagegen ist auffällig, dass es sich bei dem Eintrag in der Patientenakte um einen wortgleichen Eintrag handelt, der anscheinend standardmäßig verwendet wird und deshalb in seiner Aussagekraft abgeschwächt ist. Dies hat auch der Sachverständige bei seiner Anhörung bestätigt. 209

Darüber hinaus ist in der Patientenakte unter Vorgeschichte zum 06.01.2016 vermerkt, dass die Patientin seit November 2015 über exazerbierte Schmerzen im LWS-Bereich klagt. Daraus ergibt sich gerade nicht, dass der Beklagte zu 1) aufgrund anamnestischer Angaben der Klägerin von seit vielen Jahren (seit 2003) bestehenden Schmerzen der Klägerin ausging, sondern erst von einem seit einem Monat bestehenden behandlungsbedürftigen Zustand. Danach waren erst recht konservative Behandlungsalternativen zu erörtern. Dieser Eintrag in der Dokumentation steht zudem in deutlichem Widerspruch zu dem Operationsbericht, wonach die Beschwerdesymptomatik seit Jahren progredient bestehe und sich unter einer konservativen Therapie nicht rückläufig zeige. 210

Auch sind als Vorbehandlungen lediglich „Infiltrationen mit Diclo“ vermerkt. Dass der Beklagte zu 1) von der Klägerin Angaben zu den weiteren durchgeführten Therapien wie Physiotherapie oder Schmerzmedikation eingeholt hat, ist der Dokumentation indes nicht zu entnehmen. Es hätte aber dem Beklagten zu 1) obliegen, sich präzise Kenntnisse über den vorangegangenen Behandlungsverlauf zu verschaffen. Auf pauschale Angaben der Patientin dürfte er sich hierbei nicht verlassen, sondern müsste im Einzelfall die konservativen Behandlungen erfragen. Dass er dieser Pflicht nachgekommen ist, ergibt sich aus der lückenhaften bzw. widersprüchlichen Dokumentation indes nicht. 211

Auch in Bezug auf die bei der Klägerin bestehende Depression besteht die Problematik der Lückenhaftigkeit. Der Beklagte zu 1) hat bei seiner Anhörung vor dem Senat eingestanden, Kenntnis von der Depression der Klägerin gehabt zu haben. Erwähnt wird sie hingegen in der Dokumentation nicht, so dass sie unvollständig ist. 212

Ferner enthalten die proCompliance-Aufklärungsbögen explizit die Formulierung, dass der Behandler – hier also der Beklagte zu 1) – eine operative Stabilisierung empfohlen habe. Dem widerspricht die Angabe des Beklagten zu 1) bei seiner Anhörung vor dem Senat, dass er keine Empfehlung gebe. 213

Hinsichtlich der zweiten Operation vom 05.07.2016 kann auch nicht aufgrund des vorgeschalteten Eingriffs vom 27.01.2016 von einer ausreichenden Aufklärung ausgegangen werden, da die Klägerin – wie oben ausführlich erörtert – gerade auch bei dem ersten Eingriff nicht ordnungsgemäß aufgeklärt wurde. Die notwendigen Abwägungsargumente waren ihr gerade nicht bekannt. 214

Damit haben die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) die Klägerin nicht in die Lage versetzt, eine Entscheidung im Rahmen ihres Rechts auf Selbstbestimmung zu treffen. Auch wenn die konservative Behandlung ohne Heilungserfolg geblieben wäre, musste der Klägerin die Möglichkeit aufgezeigt und ihr die Chance gegeben werden, die Vorgehensweise für sich zu entscheiden und die notwendige Abwägung zu treffen. 215

cc) 216

Der Einwand der hypothetischen Einwilligung greift nicht durch.	217
Der Senat ist nicht zu der Überzeugung gelangt, dass die Klägerin auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung in die Durchführung der Operation eingewilligt hätte (sog. hypothetische Einwilligung). Der Senat hat die Klägerin selbst ausführlich dazu angehört und geht von einem plausibel dargelegten Entscheidungskonflikt der Klägerin aus, den die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) nicht haben widerlegen können.	218
Genügt die Aufklärung nicht den an sie zu stellenden Anforderungen, kann sich der Behandelnde darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte (§ 630h Abs. 2 S. 2 BGB). An einen dahingehenden Nachweis, der dem Behandelnden obliegt, sind strenge Anforderungen zu stellen, damit nicht auf diesem Weg der Aufklärungsanspruch des Patienten unterlaufen wird. Den Arzt trifft für seine Behauptung, der Patient hätte bei ordnungsgemäßer und insbesondere vollständiger Aufklärung den Eingriff in gleicher Weise von ihm durchführen lassen, die Beweislast aber erst dann, wenn der Patient zur Überzeugung des Tatrichters plausibel macht, dass er im Falle ordnungsgemäßer Aufklärung vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte (st. Rspr., BGH, Beschluss vom 21.06.2022, VI ZR 310/21, zit. nach juris; Urteil vom 21.05.2019, VI ZR 119/18, zit. nach juris Rn. 17).	219
An die Pflicht des Patienten zur Substantiierung eines solchen Konflikts sind allerdings keine zu hohen Anforderungen zu stellen (BGH, Beschluss vom 21.06.2022, VI ZR 310/21, zit. nach juris Rn. 9). Abzustellen ist auf die persönliche Entscheidungssituation des jeweiligen Patienten. Was aus ärztlicher Sicht sinnvoll und erforderlich gewesen wäre und wie ein "vernünftiger Patient" sich verhalten haben würde, ist hingegen grundsätzlich nicht entscheidend (BGH, Beschluss vom 21.06.2022, VI ZR 310/21, zit. nach juris Rn. 9).	220
Vorliegend hat die Klägerin plausibel dargetan, dass sie nicht wisse, ob sie sich bei ausreichender Aufklärung, insbesondere im Hinblick auf die vorzunehmende Abwägung, in der damaligen Situation für die Operationen entschieden hätte. Zwar hat die Klägerin auch angegeben, dass sie schmerzfrei und arbeitsfähig werden wollte. Sie könne aber nicht sagen, ob sie sich bereits zu dem Zeitpunkt für die Operationen entschieden hätte. Die mehrfache Bekundung, dass sie nicht wisse, wie sie sich entschieden hätte, begründet den Entscheidungskonflikt. Der Senat hat insofern insbesondere gewürdigt, dass die Klägerin offensichtlich auf die Fragen des Senats hinsichtlich eines Entscheidungskonflikts nicht vorbereitet war und sie sich ernsthaft anstrebte, zu rekonstruieren, ob sie sich dafür entschieden hätte und sie immer wieder beteuerte, sie wisse nicht, wie sie sich entschieden hätte, wodurch die Schwierigkeit der Entscheidung für die Klägerin offenbar wurde.	221
c)	222
Der Aufklärungs- und Einwilligungsmangel ist für die anlässlich der Eingriffe vom 27.01.2016 und 05.07.2016 und im Anschluss daran von der Klägerin erlittenen und fortbestehenden Schmerzen, soweit sie nicht auf der schon vorgestehenden Degeneration der Wirbelsäule beruhen, und daraus resultierenden Beeinträchtigungen schadensursächlich. Bei einer fehlerhaften Selbstbestimmungsaufklärung liegt die Primärschädigung bereits in dem mangels wirksamer Einwilligung per se rechtswidrigen Eingriff als solchem (BGH, Beschluss vom 21.06.2022, VI ZR 310/21, zit. nach juris Rn. 14; Beschluss vom 20.09.2016, VI ZR 432/15, zit. nach juris Rn. 5).	223
Die erforderliche Wahrscheinlichkeit für die kausale Entstehung haftungsausfüllender Schäden (§ 287 ZPO) besteht. Ohne die Eingriffe vom 27.01.2016 und 05.07.2016 im Sinne	224

eines Primärschadens wäre es nicht zu den mit einer Operation zusammenhängenden Schmerzen und den damit zusammenhängenden stationären Aufenthalten gekommen. Es wäre auch nicht aufgrund der – wenn auch nicht behandlungsfehlerhaft verursachten – Dislokation des Cages eine Revisionsoperation im Universitätsklinikum H. erforderlich geworden. Vielmehr hat der Sachverständige nachvollziehbar erläutert, dass eine Operation für mehrere Monate, wenn nicht sogar bis zu acht Jahre hätte herausgezögert werden können. Gegebenenfalls wäre insgesamt nur eine Operation erforderlich gewesen. Auf jeden Fall wäre der Beginn einer Operationskette herausgezögert worden.

aa)	225
Der Senat erachtet gemäß § 253 Abs. 2 BGB ein Schmerzensgeld in Höhe von 50.000,00 EUR für angemessen.	226
Das Schmerzensgeld weist eine Doppelfunktion auf. Es soll dem Geschädigten einen angemessenen Ausgleich für die Schäden bieten, die nicht vermögensrechtlicher Art sind. Zugleich soll dem Gedanken Rechnung getragen werden, dass der Schädiger dem Geschädigten Genugtuung dafür schuldet, was er ihm angetan hat, wobei der Genugtuungsfunktion im Arzthaftungsrecht nur eine untergeordnete Bedeutung zukommt (OLG Hamm, Urteil vom 16.12.2020, 3 U 60/20, zit. nach juris Rn. 59).	227
Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes sind die Schwere der Verletzungen, das dadurch bedingte Leiden, dessen Dauer, das Ausmaß der Wahrnehmung der Beeinträchtigung durch den Verletzten und der Grad des Verschuldens des Schädigers in Betracht zu ziehen, wobei der Grad des Verschuldens in Arzthaftungssachen regelmäßig nicht entscheidend ins Gewicht fällt (OLG Hamm, Urteil vom 20.12.2022, 26 U 15/22, zit. nach juris Rn. 155; Urteil vom 16.12.2014, 26 U 81/14, zit. nach juris Rn. 34).	228
In erster Linie sind die Höhe und das Maß der entstandenen Lebensbeeinträchtigung zu berücksichtigen (OLG Hamm, Urteil vom 16.12.2020, 3 U 60/20, zit. nach juris Rn. 58).	229
Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze erscheint ein Schmerzensgeld in der ausgerichteten Höhe für die Klägerin angemessen, aber auch ausreichend.	230
Der Senat hat die Klägerin gemäß § 141 ZPO persönlich zu ihren Beschwerden angehört hat und die vorgelegten Krankenunterlagen gewürdigt. Wie dargestellt waren insoweit die Eingriffe vom 27.01.2016 und 05.07.2016 als solche, die damit unmittelbar einhergehenden und in der unmittelbaren Folgezeit bestehenden Schmerzen, die Dauer der stationären Behandlungen sowie die Zeit der Rekonvaleszenz zu berücksichtigen. Auch die Revisionsoperation war in die Abwägung einzustellen.	231
Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass es ohne die – ohne wirksame Einwilligung erfolgten – Eingriffe nach den Ausführungen des Sachverständigen auch bei einer konservativen Behandlung über mehrere Monate oder gar bis zu acht Jahre zu einer Beschwerdelinderung gekommen und bei hinnehmbaren Beeinträchtigungen (Gehen noch möglich etc.) geblieben wäre. Hierbei wären die von der Klägerin auch weiterhin beklagten Schmerzen und dadurch bedingten Beeinträchtigungen ihr indes aufgrund der bestehenden degenerativen Grunderkrankung der Wirbelsäule mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne die Eingriffe nicht erspart geblieben.	232
Unter Berücksichtigung des zum Zeitpunkt der Eingriffe mittleren Alters der Klägerin (ca. 58 Jahre), erachtet der Senat ein Schmerzensgeld in Höhe von 50.000 € der Höhe nach für	233

angemessen aber auch für erforderlich, um der Klägerin einen finanziellen Ausgleich zu verschaffen für die ohne wirksame Einwilligung und deshalb rechtswidrig erfolgten Eingriffe und die damit verbundenen Schmerzen und Beeinträchtigungen.

Sofern die Klägerin ein darüber hinaus gehendes Schmerzensgeld (Vorstellung: 54.000,00 EUR) begehrte, war die Berufung zurückzuweisen und blieb die Klage abgewiesen. 234

bb) 235

Der Feststellungsantrag ist begründet. Auf der Grundlage des Vorgenannten ist die Einstandspflicht der Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) als Gesamtschuldner für materielle und für zukünftige derzeit noch nicht vorhersehbare immaterielle Schäden wegen der rechtswidrigen Eingriffe vom 27.01.2016 und 05.07.2016 festzustellen. Die umfassende Feststellungsklage ist zulässig, insbesondere bedurfte es für eventuell bereits teilweise bezifferbare materielle Schäden keiner Leistungsklage, denn die Schadenshöhe steht noch nicht abschließend fest. Die zukünftige Schadenseinwicklung ist insgesamt nicht absehbar, § 256 ZPO. 236

3. 237

Der Anspruch der Klägerin auf Zahlung von Schmerzensgeld ist gemäß §§ 291, 288 Abs. 1 S. 2 BGB ab dem 12.06.2019, dem Tag nach Zustellung der Klageschrift, zu verzinsen. 238

III. 239

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus §§ 91, 92 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1, 97 Abs. 1 ZPO. 240

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr.10, 711 ZPO. 241

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. 242