
Datum: 12.01.1995
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 29/94
ECLI: ECLI:DE:OLGK:1995:0112.5U29.94.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 244/91
Schlagworte: Arzthaftung Aufklärung
Normen: BGB §§ 823, 831, 847

Leitsätze:

Ein frühzeitig auf ein schwerwiegendes Risiko hingewiesener Patient (anus praeter bei Operation wegen Polyposis des Darms) braucht nicht ständig erneut auf dieses Risiko hingewiesen zu werden; eine einmal erhaltene deutliche Risikoaufklärung läßt die Einwilligung wirksam bleiben, selbst wenn der Patient zwischenzeitlich das Krankenhaus verläßt, weil er sich zunächst zu dem Eingriff nicht entschließen kann.

Tenor:

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln vom 27.10.1993 - 25 O 244/91 - abgeändert. Die Klage wird abgewiesen. Die Anschlußberufung des Klägers gegen das vorgenannte Urteil wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Dem Kläger bleibt vorbehalten, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 13.600,00 DM abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leisten. Dem Kläger wird gestattet, Sicherheit auch durch selbstschuldnerische Bürgschaft einer deutschen Großbank, Genossenschaftsbank oder öffentlichen Sparkasse zu erbringen.

Tatbestand:

- Mit der Verdachtsdiagnose auf Erkrankung an - in seiner Familie schon mehrfach aufgetretener - Polyposis coli begab sich der im November 1961 geborene Kläger, der außerdem auch an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus seit dem 9. Lebensjahr leidet, auf Veranlassung dort tätiger Ärzte im Dezember 1986 zur stationären Behandlung in das Krankenhaus der Beklagten zu 1). Der Verdacht gründete sich auf die bei dem Bruder des Klägers erhobene Anamnese, der sich zu dieser Zeit ebenfalls wegen dieser Erkrankung des Dickdarms mit bereits bestehendem Sigmakarzinom in stationärer Behandlung befand und bei dem größere Teile des Dickdarms unter Anlegung eines dauernden anus praeter entfernt worden waren. 2
- Bei der Polyposis coli handelt es sich um einen - aufgrund familiärer Disposition anlagebedingten - multiplen Befall des gesamten Dickdarms mit Polypen, die im weiteren Verlauf zur karzinogenen Entartung neigen und eine nur begrenzte Lebenserwartung des Patienten zur Folge haben, welche nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft bei allenfalls 40 bis 50 Jahren liegt. 3
- Der Vater des Klägers war bereits mit 37 Jahren an einem Dickdarmkarzinom verstorben. Auch sein Bruder ist inzwischen verstorben. 4
- Bereits während des vorerwähnten Aufenthaltes in der Klinik der Beklagten zu 1) im Dezember 1986 wurde dem Kläger zur Operation geraten, und zwar zu einer totalen Kolektomie mit kontinenserhaltender Ileumpouch-analer-Anastomose. Der Kläger konnte sich jedoch zu diesem Zeitpunkt zu der Operation noch nicht entschließen und am 22. Dezember 1986 aus der stationären Behandlung entlassen. 5
- Am 16. September 1987 ließ er sich erneut aufnehmen und die schon im Vorjahr in Aussicht genommene Operation einer Entfernung des befallenen Dickdarms am 1. Oktober 1987 vom Beklagten zu 2) und dessen Mitarbeitern ausführen. Es war geplant, durch eine totale Kolektomie und Mukosektomie eines kurzen Rektumstumpfes das Risiko der Karzinomentartung der Polyposis coli zu beseitigen und anschließend einen J-förmigen Dünndarpouch mit Anschluß an den Rektumstumpf vorzunehmen. Die Operation endete jedoch mit der Anlage eines dauerhaften anus praeter. 6
- Am Vortag der Operation, am 30. September 1987, führte der Zeuge B. mit dem Kläger ein Aufklärungsgespräch, anlässlich dessen die schriftliche Einverständniserklärung des Klägers zu dem Eingriff unterzeichnet wurde. 7
- Der Kläger hat vorgetragen, aufgrund der überlangen Operationsdauer von 9 1/2 Stunden sei bei ihm eine Teilläsion des Nervus ischiadicus links eingetreten. Hierbei handele es sich um einen Schaden, der seine Gehfähigkeit erheblich behindere und ständige Schmerzzustände verursache. Zusätzlich beruhten diese und andere Schäden auf einer unsachgemäßen Lagerung bei der überlangen Operation. Insgesamt führten seine Behinderungen laut Mitteilung des Landesversorgungsamtes zu einem Behinderungsgrad von 80 %. Auch die Gutachterkommission des Landes Nordrhein-Westfalen habe im Gutachten vom 26.04.1991 einen Behandlungsfehler aufgrund überlanger Operationsdauer festgestellt. Abgesehen von diesem Mangel sei schon zu Beginn der Operation offenbar geworden, daß sich infolge des sehr kurzen Gekröses des Dünndarms Schwierigkeiten bei der Bildung der Anastomose ergeben würden. Den Regeln der ärztlichen Heilkunst hätte es deshalb entsprochen, nach Entfernung des Dickdarms zunächst einen vorübergehenden Seitenausgang anzulegen. In diesem Fall hätten keine 75 cm Dünndarm entfernt werden müssen, so daß man auch von der Anlegung eines dauernden anus praeter hätte absehen können. Sachgerecht wäre es gewesen, die Operation in zwei Schritten durchzuführen. Auf diese Weise wäre eine 8

Operationsdauer von 9 1/2 Stunden mit den sich daraus ergebenden fatalen Folgen vermieden worden.

Als weitere Folge ärztlicher Behandlungsfehler habe sich nach der Operation eine Peritonitis ausgebildet, die fünf Relaparotomien erforderlich gemacht habe. Ferner habe sich eine enterocutane Fistelbildung manifestiert. Wegen all dieser Komplikationen sei ein sechsmonatiger Krankenhausaufenthalt erforderlich gewesen. Sowohl der Dauerschaden der Lähmung des linken Fußes als auch das Schicksal eines bleibenden anus praeter wären ihm bei sachgerechtem medizinischen Vorgehen erspart geblieben. So aber sei er auf Lebenszeit erwerbsunfähig und dauerhaft behindert. 9

Im weiteren Verlauf des erstinstanzlichen Verfahrens hat der Kläger ferner vorgetragen, was die Anlegung eines dauernden anus praeter angehe, habe man ihn seitens der Beklagten auf dieses Risiko vor der Operation nicht hingewiesen. Im sei nur bekannt gegeben worden, daß man gegebenenfalls einen vorübergehenden künstlichen Ausgang werde legen müssen, allenfalls für einen Zeitraum von nur 3 - 4 Monaten. Mit einem bleibenden künstlichen Darmausgang hätte er auf keinen Fall leben wollen. 10

Der Kläger hat beantragt, 11

##blob##nbsp; 12

1. 13

##blob##nbsp; 14

die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes, in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld, mindestens jedoch 30.000,00 DM nebst 4 % Zinsen seit Zustellung zu zahlen; 15

##blob##nbsp; 16

2. 17

##blob##nbsp; 18

die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, dem Kläger eine in das Ermessen des Gerichts gestellte angemessene Schmerzensgeldrente in Höhe von mindestens 150,00 DM monatlich bis zu dessen Lebensende zu zahlen; 19

##blob##nbsp; 20

3. 21

##blob##nbsp; 22

festzustellen, daß die Beklagten (als Gesamtschuldner) verpflichtet sind, dem Kläger sämtlichen weiteren Schaden zu ersetzen, der ihm daraus entsteht, daß er am 01.10.1987 im Krankenhaus Köln-Merheim der Beklagten zu 1. durch die vom Beklagten zu 2. vorgenommene Operation falsch behandelt worden ist. 23

Die Beklagten haben beantragt, 24

##blob##nbsp; 25

die Klage abzuweisen.

26

Sie haben vorgetragen, Behandlungsfehler seien ihnen nicht vorzuwerfen. Die Operationsdauer sei angesichts des komplizierten Falles nicht zu beanstanden und auch fachlich vertretbar. Über die Möglichkeit bzw. das Risiko eines bleibenden anus praeter sei der Kläger von Anfang an belehrt worden. Im übrigen habe er insoweit auch keinen Entscheidungskonflikt dargetan, da er praktisch nur die Wahl gehabt habe, entweder schon in relativ jungen Jahren an einem Kolonkarzinom qualvoll zu versterben oder aber sich der allein als Therapie in Betracht kommenden Operation mit allen damit verbundenen Risiken zu unterziehen.

27

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens sowie durch Vernehmung von Zeugen zur Frage der Aufklärung des Klägers. Sodann hat es durch Urteil vom 27.10.1993, auf das wegen aller Einzelheiten Bezug genommen wird, der Klage im wesentlichen stattgegeben und zur Begründung ausgeführt, dem Kläger stünden Schadensersatzansprüche zu, weil die Operation mangels rechtswirksamer Einwilligung infolge fehlerhafter Aufklärung rechtswidrig gewesen sei und den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt habe. Schon nach der Aussage des hierzu vernommenen Zeugen Dr. B. stehe fest, daß beim Aufklärungsgespräch einen Tag vor der Operation über ein gravierendes Risiko, nämlich die Gefahr des dauerhaften Verbleibs eines künstlichen Darmausgangs, nicht aufgeklärt worden sei. Nur auf dieses Aufklärungsgespräch sei aber abzustellen, weil erst zu diesem Zeitpunkt die endgültige und verbindliche Einwilligung des Klägers in die Operation eingeholt worden sei.

28

Einen schadensursächlichen Behandlungsfehler hat das Landgericht demgegenüber nach Maßgabe der Feststellungen des eingeholten Gutachtens von Prof. Dr. Sch. verneint.

29

Gegen dieses Urteil, das den erstinstanzlichen Prozeßbevollmächtigten der Beklagten am 15.11.1993 zugestellt worden ist, haben diese am 15.12.1993 Berufung eingelegt und diese am 15.02.1994, nach Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist bis zum diesem Tag, begründet.

30

Die Beklagten wiederholen und vertiefen ihr erstinstanzliches Vorbringen und machen ergänzend geltend, eine Haftung des Beklagten zu 2) scheide schon im Hinblick auf dessen Beamtenstatus und des sich daraus ergebenden Verweisungsprivilegs gemäß § 839 BGB aus. Im übrigen sei der Kläger entgegen der Ansicht des Landgerichts schon anlässlich des ersten stationären Aufenthaltes über das Risiko eines dauerhaften anus praeter aufgeklärt worden. Eben wegen dieses Risikos eines bleibenden künstlichen Darmausganges habe der Kläger sich damals im Dezember 1986 noch nicht zur Operation entschließen können. Diese frühe Belehrung über das vorbenannte Risiko ergebe sich auch aus dem Arztbrief der Beklagten vom 07.01.1987 an den seinerzeitigen Hausarzt des Klägers, den Zeugen Dr. K.. Auch im weiteren Verlauf sei der Kläger, der sich ein weiteres Mal noch in der Zeit vom 24. bis 26.08.1987 in der Klinik der Beklagten aufgehalten habe, wiederholt auf das Risiko eines bleibenden künstlichen Darmausganges hingewiesen worden.

31

Das Landgericht habe fehlerhaft nur auf das Aufklärungsgespräch am Vortag der Operation im Jahr 1987 abgestellt. Dieser Ausgangspunkt sei unzutreffend. Wenn ein Patient einen Klinikaufenthalt abbreche und sich wegen des ihm bekanntgemachten Risikos gegen eine bestimmte Operation entscheide, könne man es dem Arzt später nicht als Aufklärungsfehler anlasten, wenn der Patient sich nur ein halbes Jahr später doch zur Operation entschlöße, eben weil er eingesehen habe, daß das Unterbleiben der Operation letztlich zum sicheren frühen Tod führen werde. Eine tatsächlich erfolgte mehrfache Aufklärung über ein bestimmtes

32

Risiko werden nicht dadurch ungeschehen gemacht, daß in einem weiteren Aufklärungsgespräch dieses Risiko nicht noch einmal gesondert angesprochen werde. Ein vernünftiger Patient behalte vorangehende Gespräche über ein ganz bestimmtes Operationsrisiko im Gedächtnis, insbesondere wenn es sich um ein derart gravierendes Risiko wie im vorliegenden Fall handele. Am Tage vor der Operation habe der Zeuge Dr. B. den Kläger nicht noch einmal verunsichern und verängstigen wollen, nachdem dieser sich endlich zu der medizinisch dringend angeratenen Operation entschlossen habe.

Die von Anfang an erfolgte sachgerechte Aufklärung ergebe sich auch aus dem Umstand, daß der Kläger sich daraufhin zunächst im Jahr 1986 noch nicht zu der Operation habe entschließen können. Von daher sei vom Kläger auch kein Entscheidungskonflikt für den Fall ordnungsgemäßer Aufklärung vorgetragen worden. Tatsächlich habe er gar keine andere Wahl gehabt, als sich der Operation zu stellen. In diesem Zusammenhang sei auch das sogenannte Tauschrisiko zu berücksichtigen. Dem Risiko eines dauerhaften anus praeter habe nämlich das weitaus gravierendere Risiko einer carzinogenen Entartung und eines damit verbundenen frühen Todes gegenübergestanden.

Im Hinblick auf die andernfalls geringe Lebenserwartung des Klägers sei vom Landgericht auch das Schmerzensgeld zu hoch bemessen worden.

Die Beklagten beantragen,

##blob##nbsp;

die Klage unter Abänderung des angefochtenen Urteils abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

##blob##nbsp;

die Berufung zurückzuweisen,

##blob##nbsp;

ihm zu gestatten, Sicherheit auch durch selbstschuldnerische Bürgschaft einer deutschen Großbank, Genossenschaftsbank oder öffentlichen Sparkasse leisten zu können.

Mit seiner Berufungserwiderung hat der Kläger "hilfsweise Anschlußberufung" eingelegt, dies bezogen auf den vom Landgericht verneinten Behandlungsfehler. In der mündlichen Verhandlung vom 23.06. und 21.11.1994 hat er zu der hilfsweisen Anschlußberufung keinen konkreten Antrag verlesen.

Auch der Kläger wiederholt und vertieft sein erstinstanzliches Vorbringen und macht ergänzend geltend, entgegen der Ansicht des Landgerichts liege ein gravierender Behandlungsfehler in der Länge der Operationsdauer, wie auch aus dem Gutachten der Gutachterkommission hervorgehe; gegebenenfalls sei hierzu ein Obergutachten einzuholen.

Außerdem sei die Operation mangels wirksamer Einwilligung rechtswidrig gewesen, denn am Tage vor der Operation sei er vor Abgabe seiner Einwilligungserklärung nicht auf die Möglichkeit eines dauernden anus praeter hingewiesen worden. Vielmehr habe er von Anfang an erklärt, nicht mit einem solchen künstlichen Darmausgang leben zu wollen, wobei ihm das entsprechende Schicksal seines Bruders abschreckend vor Augen gestanden habe. Grundsätzlich sei er gegen eine Operation gewesen, zu der ihm intensiv und nachhaltig

geraten worden sei. Wären ihm pflichtgemäß die Operationsrisiken vollständig aufgezeigt worden, hätte er die Operation abgelehnt. Der in erster Instanz vernommene Zeuge Dr. M. (damaliger Oberarzt) habe ihm drastisch vor Augen geführt, daß die Darmerkrankung unoperiert mit Sicherheit tödlich verlaufe und zwar in einem Lebensalter von 40 bis 50 Jahren. Wie der Zeuge weiter ausgeführt habe, habe man deshalb den Kläger zur Operation gedrängt. Tatsächlich solle jedoch ein Patient nicht zu einer bestimmten Entscheidung gedrängt werden.

Wegen des weiteren Parteivorbringens wird auf die Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 46

Der Senat hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluß vom 23.06.1994 durch erneute Vernehmung des Dr. B. sowie des Dr. K. (Hausarzt des Klägers). Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Vernehmungsprotokoll vom 21.11.1994 Bezug genommen. 47

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e: 48

Die zulässige Berufung der Beklagten hat auch in der Sache Erfolg (wohingegen die hilfsweise eingelegte Anschlußberufung des Klägers unbegründet ist). 49

Die Einwilligung des Klägers in die Operation war nicht mangels ausreichender vorheriger Risikoaufklärung insbesondere über das Risiko eines bleibenden anus praeter - unwirksam. 50

Der Senat sieht es nach dem gesamten Beweisergebnis und dem eigenen Vorbringen bzw. Verhalten des Klägers als erwiesen an, daß der Kläger vor der Operation über dieses Risiko in hinreichendem Maße aufgeklärt worden ist. 51

Einwilligung des Kranken als Ausfluß seines Selbstbestimmungsrechts erfordert zuvor eine Aufklärung, die ihm zutreffende Vorstellungen über Wesen und Tragweise eines ärztlichen Eingriffs vermittelt. Im Rahmen der Risikoaufklärung sollen Kenntnisse über Gefahren des geplanten Eingriffes vermittelt, nämlich alle möglichen, dauernden wie auch vorübergehenden Nebenfolgen, die sich auch bei der Anwendung allergrößter Sorgfalt und fehlerfreier Durchführung nicht vermeiden lassen. Auch über seltene Risiken ist insoweit aufzuklären, wenn sie bei ihrer Verwirklichung die Lebensführung schwer belasten und trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch, für den Laien jedoch überraschend sind (siehe BGH VersR 1984/465 m.w.N.). Die Patienteneinwilligung nimmt dem Arzt nicht die medizinische Verantwortung ab. Die Aufklärung soll auch dem Patienten kein medizinisches Entscheidungswissen vermitteln, sondern ihm aufzeigen, was der Eingriff für seine persönliche Situation bedeuten kann. Er soll Art und Schwere des Eingriffs erkennen. Dazu müssen ihm die Risiken nicht medizinisch exakt und nicht in allen denkbaren Erscheinungsformen dargestellt werden, ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums genügt (so Steffen, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht, 5. Aufl. Seite 101 m.w.N.). 52

Für die Frage einer ausreichenden Aufklärung des Patienten ist nicht formal auf das jeweils letzte Aufklärungsgespräch unmittelbar vor Abgabe der Einwilligungserklärung des Patienten abzustellen. Entscheidend ist insoweit vielmehr, ob der Patient über die wesentlichen Risiken aufgeklärt ist. Ein bereits aufgeklärter Patient muß nicht vor seiner Einwilligungserklärung noch einmal auf sämtliche Risiken erneut hingewiesen werden. Die Aufklärung verlangt nicht schonungslose Darstellung des zu behandelnden Leidens (Steffen a.a.O. Seite 115), sondern sie soll in einer Form erfolgen, welche die Einwilligung des Patienten in die erforderliche Behandlung nicht unnötig gefährdet. Insbesondere ist es also nicht erforderlich, daß nach 53

einmal erfolgter Aufklärung, wenn bis zu dem vorgesehenen Eingriff noch einige Zeit verstreicht, der Patient immer wieder erneut bis unmittelbar vor dem Eingriff aufgeklärt werden muß. Ein solches Erfordernis würde dem Sinn der Aufklärungspflicht, nämlich dem mündigen Patienten Risiken pp. einer vorgesehenen Behandlung vor Augen zu führen und ihm so eine eigenverantwortliche, selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen die Behandlung zu ermöglichen, überspannen. Deshalb reicht es etwa sogar, wenn der Patient von dritter Seite, zum Beispiel von seinem einweisenden Hausarzt, schon hinreichend oder aus anderer Quelle aufgeklärt war. Ausschlaggebend ist der einmal vermittelte situationsbezogene Risikokenntnisstand des vernünftigen Patienten, dem ggfs. auch Fragen zuzumuten sind, wenn kurz vor der geplanten Operation noch Unklarheiten bestehen (OLG Düsseldorf AHRS 5350116, BGH NJW 1976, 363, 364).

Nach Maßgabe dieser grundsätzlichen Erwägungen gilt für den vorliegenden Fall Folgendes: 54

Bereits bei seiner ersten Vernehmung vor dem Landgericht hat der Zeuge Dr. B., damals Assistenzarzt auf der Chirurgieabteilung, klar und wiederholt erklärt, die Aufklärungsarbeit habe sich beim Kläger, der zum damaligen Zeitpunkt noch kein Krankheitsgefühl gehabt habe, sich also nicht in einer seinem Bruder vergleichbaren Situation gewährt habe, nicht ganz einfach gestaltet und sei deshalb besonders ausführlich durchgeführt worden. Es sei des öfteren mit dem Kläger über die Art der Operation und die damit verbundenen Risiken gesprochen worden. Dies alles sei vor dem Hintergrund der bei dem Bruder bereits durchgeführten Operation erfolgt. Bei diesem sei ein künstlicher Darmausgang verblieben, was dem Kläger bekannt gewesen sei. Aus diesem Grunde sei auch über diesen Punkt mit dem Kläger gesprochen worden. Da jedoch beim Kläger noch keine Geschwulst vorgelegen habe, sei bei ihm ein bleibender künstlicher Darmausgang nicht zwingend zu erwarten gewesen. Dies sei ihm auch gesagt worden, allerdings mit dem ausdrücklichen Zusatz, eine Garantie dafür gebe es nicht. Dies habe er selbst dem Kläger mehrfach gesagt. Er habe nach seinem Eindruck von der Persönlichkeit des Klägers auch das Gefühl gehabt, daß dieser die Risikohinweise begriffen habe. Auch Art und Weise der Operationstechnik und Umfang der Operation seien mit ihm besprochen worden, wobei der vorgesehene seitliche künstliche Darmausgang den Zweck gehabt habe, vorübergehend als Entlastung zu dienen. Er könne sich konkret an die Aufklärungsgespräche mit dem Kläger erinnern. Er pflege in solchen Fällen zu sagen, daß mit großer Wahrscheinlichkeit ein künstlicher Darmausgang auf Dauer vermieden werden könne, daß man das aber nicht garantieren könne. Weil man ihm diese Sicherheit, einen dauernden anus praeter zu vermeiden, nicht habe vermitteln können, habe der Kläger nach dem ersten Aufenthalt ja gerade die Klinik wieder verlassen, ohne sich zu einer Operation entschließen zu können. 55

Diese Bekundung des Zeugen wird auch bestätigt durch den Arztbrief vom 07.01.1986, gerichtet an den damaligen Hausarzt des Klägers Dr. K.. In diesem Brief heißt es am Ende unter anderem, man habe dem Patienten eindringlich empfohlen, sich der operativen Therapie zu unterziehen, man habe jedoch seine Bedenken und Abneigung gegen einen eventuell notwendig anzulegenden künstlichen Darmausgang nicht ausräumen können, weshalb er sich zur Operation nicht habe entschließen können. 56

Da der Zeuge Dr. B. nachvollziehbar erklärt hat, es seien mehrfach Aufklärungsgespräche geführt worden, darunter auch solche, bei denen keine Angehörigen zugegen waren, spricht der Umstand, daß die Zeuginnen Q. und Kr. ausgesagt haben, es sei nur über einen künstlichen Darmausgang für ca. drei Monate gesprochen worden, nicht gegen die Richtigkeit der vorstehend geschilderten Aussage des Zeugen Dr. B.. Zudem hat die Zeugin Q. bei ihrer Aussage nur auf die Aufklärungsgespräche 1 - 2 Wochen vor der tatsächlich durchgeführten 57

Operation abgestellt, wohingegen nach Aussage des Zeugen Dr. B. die Risikoaufklärung hinsichtlich eines eventuellen bleibenden künstlichen Darmausgangs bereits anlässlich des ersten Aufenthaltes im Dezember 1986 erfolgt ist. Aus der Aussage der Zeugin Kr. (Mutter des Klägers) ergibt sich zudem, daß sie offensichtlich nur an Gesprächen mit dem in erster Instanz als Zeuge vernommenen Dr. M. teilgenommen hat, nicht aber auch an den vom Zeugen Dr. B. geschilderten Aufklärungsgesprächen.

Im wesentlichen in Übereinstimmung mit seiner erstinstanzlichen Aussage hat der Zeuge Dr. B. bei seiner Vernehmung vor dem Senat glaubhaft bekundet, der Kläger habe gesehen, daß bei seinem Bruder ein künstlicher Darmausgang angelegt werden müssen und dies sei neben dem Erkrankungsrisiko selbst etwas gewesen, was er kaum geblaut habe ertragen zu können. Jedenfalls sei diese Möglichkeit immer wieder Gegenstand von Gesprächen gewesen und zwar sowohl mit ihm, dem Zeugen, als auch mit Oberärzten, und bei der Chefarztvisite sei diese Möglichkeit auch noch zur Sprache gekommen. Offensichtlich schockiert hierdurch habe der Kläger dann die Klinik verlassen, sei Monate später noch einmal zu einem zweiten Aufenthalt vor der Operation gekommen und dann schließlich zur Operation selbst. Auch da sei die Gesamtsituation wiederum mehrfach besprochen worden. Am Tage vor der Operation sei dann nur noch über die in dem Aufklärungsbogen aufgeführten anderweitigen Risiken gesprochen worden, die bis dahin noch kaum zur Sprache gekommen gewesen seien. Bei einem Dickdarmeingriff sei immer die Möglichkeit gegeben, daß es auch zu einem dauerhaften anus praeter komme, weshalb dieses Risiko bei allen Darmoperationen auch angesprochen werde. Erst recht sei es mit dem Kläger anlässlich des ersten Aufenthaltes bereits besprochen worden. Auch während des zweiten kurzzeitigen Aufenthaltes sei nochmals darüber gesprochen worden. Zutreffend sei, daß der Kläger am Ende des ersten Krankenhausaufenthaltes zur Sprache gebracht habe, daß er die Möglichkeit eines künstlichen Darmausgangs nicht ertragen könne. 58

Diese Ausführungen des Zeugen, der auf den Senat einen glaubwürdigen Eindruck gemacht hat, sind in sich stimmig, widerspruchsfrei und stehen auch in Einklang mit der gesamten damaligen Situation des Klägers. 59

Selbst wenn zwischen seiner Situation und der seines Bruders der Unterschied bestand, daß bei dem Bruder bereits ein Kolonkarzinom vorlag, so war dem Kläger jedoch nicht verborgen geblieben, daß bei seinem Bruder nach der Kolonresektion ein bleibender künstlicher Darmausgang angelegt werden mußte. Eine Kolonentfernung war auch beim Kläger vorgesehen. Auch stand - unstreitig - fest und war auch dem Kläger - ebenfalls unstreitig - mitgeteilt worden, daß jedenfalls ein vorübergehender künstlicher Darmausgang für die Dauer von ca. 2 bis 3 Monaten angelegt werden mußte. Vor diesem Hintergrund ist es mehr als naheliegend, daß bei Erörterung dieser letztgenannten Notwendigkeit auch das Risiko erörtert worden ist, daß unter Umständen der vorübergehende künstliche Seitenausgang nicht mehr zurückzuverlegen sein könne. Es erscheint - auch aus der Sicht eines medizinischen Laien - lebensfremd anzunehmen, daß die Notwendigkeit eines temporären künstlichen Ausganges erörtert wird, nicht aber in Zusammenhang damit auch die nicht auszuschließende Gefahr eines bleibenden anus praeter, dies umsomehr angesichts des Schicksals des nach einer jedenfalls vergleichbaren Operation mit dauerndem anus praeter lebenden Bruders. 60

Auch seine vom Kläger selbst dargelegten wiederholten Bekundungen, er wolle nicht mit dauerndem anus praeter leben, sprechen dafür, daß er auf dieses Risiko hingewiesen worden ist, weil sonst zu derartigen Bemerkungen keine naheliegende Veranlassung bestanden hätte. 61

Indiziell deutet auch das zweimalige voraufgehende Verlassen des Krankenhauses und die mangelnde Bereitschaft zur Operation trotz ärztlicherseits erfolgter dringender Indikationstellung darauf hin, daß der Kläger über das nicht auszuschließende Risiko eines dauernden künstlichen Darm- ausgangs hingewiesen worden war und sich zunächst nicht bereitfinden konnte, dieses Risiko einzugehen. 62

Sein Hinweis, er habe sich zunächst nur deshalb nicht zu der doch schon sehr gravierenden Operation entschließen können, weil er ja noch nicht akut krank gewesen sei, vermag eine erfolgte Risikoauflklärung nicht zu widerlegen bzw. eine fehlende Aufklärung nicht wahrscheinlich zu machen; denn vor dem familiären Hintergrund eines mit 37 Jahren an krebsig entarteter Polyposis verstorbenen Vaters und eines ebenfalls in jungen Jahren vergleichbar erkrankten Bruders sprach - auch aus der Laiensicht des Klägers - alles für die dringende Gefahr einer alsbaldigen krebsigen Entartung der anlagebedingten Polyposis auch bei ihm selbst, so daß auch für ihn abzusehen war, daß exakt das gleiche Schicksal wie das seines Bruders auch ihm mit einiger Wahrscheinlichkeit alsbald bevorstehen konnte, also das einer Krebsoperation mit dann zwingend anzulegendem dauerhaften anus praeter. Das Argument, seine Operationsentscheidung aus der Sicht des - noch - nicht akut Erkrankten haben treffen zu können, überzeugt deshalb nicht. Vielmehr deutet das zweimalige Ausweichen vor einer Entscheidung für eine Operation darauf hin, daß dem Kläger das Risiko eines auch bleibenden anus praeter aufgrund entsprechender Aufklärung durchaus vor Augen stand, was ein wesentliches Argument war, das ihn zunächst von einer Entscheidung für eine Operation abhielt. 63

Für eine sachgerechte diesbezügliche Aufklärung spricht des weiteren auch die Aussage des Hausarztes des Klägers, des Internisten Dr. K., an welchen seinerzeit die behandelnden Ärzte im Klinikum den bereits vorerwähnten Arztbrief nach dem ersten stationären Aufenthalt im Dezember 1986 gerichtet hatten; zwar hat er diesen nach seiner Bekundung nicht erhalten, sondern nur einen handschriftlichen Bericht mit Diagnose und Operationsvorschlag, jedoch hat er - vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen mit einer langwierigen Darmerkrankung - dem Kläger geraten, es sich schriftlich geben zu lassen, daß kein endgültiger künstlicher Darmausgang angelegt werde. Wenn diese schriftliche Zusicherung nicht gegeben werden könne, solle er sich halbjährlich durch Koloskopie untersuchen lassen und im Falle eines bösartigen Befundes gegebenenfalls dann erst eine so schwerwiegende und die Lebensqualität beeinträchtigende Maßnahme an sich vornehmen lassen. 64

Auch durch diesen ärztlichen Informanten war somit der Kläger auf die grundsätzliche Gefahr eines bleibenden anus praeter bei Darmerkrankungen bzw. Operationen hingewiesen, der ihm sogar zur Einholung einer "Garantieerklärung" betreffend die Nichtanlegung eines solchen dauerhaften künstlichen Darmausgangs geraten hatte. Der Kläger hat nicht vorgetragen, eine solche Garantieerklärung beim Beklagten zu 2) bzw. den mitbehandelnden Klinikärzten erbeten bzw. erhalten zu haben; auch Dr. B. hat eine solche Bitte des Klägers nicht bekundet. Von daher spricht alles dafür, daß der Kläger von Anfang an um dieses nicht ganz auszuschließende Risiko aufgrund entsprechender Aufklärung wußte und - nach anfänglichem Widerstreben - gleichwohl in die Operation eingewilligt hat. 65

War er aber ab Dezember 1986 mehrfach hierauf hingewiesen worden, so war es unschädlich, daß er am Tage vor der Operation im Rahmen des letzten Aufklärungsgespräches nicht noch einmal mit diesem Risiko konfrontiert wurde, sondern hierbei nur noch die weiteren, bisher nicht erörterten Risiken erwähnt wurden. Der schon aufgeklärte Patient bedarf - wenn sich nicht gänzlich neue Gesichtspunkte ergeben - nicht einer immer wieder neuen Aufklärung. 66

Auch der von Dr. B. erwähnte Gesichtspunkt, am Tag vor der Operation habe man den Kläger nach mehrmonatigem Ringen um die Entscheidung nicht erneut verunsichern wollen, ist nicht zu beanstanden. Zwar soll der Arzt dem Patienten durch hinreichende Aufklärung eine eigenverantwortliche Entscheidung ermöglichen, er soll jedoch andererseits auch den Patienten, soweit möglich, zu der für ihn medizinisch sinnvollen Entscheidung hinführen und ihn in seiner einmal bewußt getroffenen Entscheidung nicht nachträglich wieder verunsichern.	67
Eine Haftung aufgrund eines Aufklärungsmangels ist deshalb zu verneinen.	68
Soweit mit der hilfsweise erhobenen Anschlußberufung, zu der kein eigener Antrag verlesen worden ist, nach wie vor auch ein Anspruch wegen Behandlungsfehlers geltendgemacht wird, ist die Anschlußberufung insoweit zwar zulässig. Der Kläger ist nämlich durch das erstinstanzliche Urteil trotz des zusprechenden Tenors beschwert. Das Landgericht hat seinen Anträgen nämlich nur unter dem Gesichtspunkt des Aufklärungsmangels stattgegeben. Einen vom Kläger geltendgemachten Behandlungsfehler als Anspruchsgrundlage hat das Landgericht demgegenüber verneint. Eine zur Berufung berechtigende Beschwer des Klägers kann sich nicht nur aus dem Tenor, sondern auch aus den Gründen ergeben, jedenfalls dann, wenn der Kläger seinen Antrag auf mehrere Sachverhalte gestützt hat wie vorliegend, nämlich auf a) Behandlungsfehler und b) fehlerhafte Aufklärung (siehe Thomas-Putzo ZPO, Anm. 2 a vor § 511 m.w.N.). Dem nach Erstattung des erstinstanzlichen Gutachtens folgenden Vortrag des Klägers kann auch nicht etwa entnommen werden, daß er den Vortrag zu a) fallenlassen wollte. Da das Landgericht diesen Vortrag für nicht durchgreifend erachtet hat, liegt insoweit eine materielle Beschwer des Klägers vor und ist seine diesbezügliche hilfsweise Anschlußberufung zulässig.	69
Sie hat in der Sache jedoch keinen Erfolg. Das in erster Instanz eingeholte Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Sch. hat sachlich nachvollziehbar und überzeugend alle vom Kläger behaupteten Behandlungsfehler anläßlich der Operation verneint und sich dabei auch eingehend mit der gegenteiligen Meinung im Gutachten der ärztlichen Gutachterkommission auseinandergesetzt. Eine weitere Aufklärung der Zusammenhänge durch ein drittes Gutachten ist nicht zu erwarten, so daß nach allem die Klage mit der Kostenfolge des § 97 ZPO abgewiesen bleibt.	70
Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Ziffer 10, 711 ZPO.	71
Berufungsstreitwert und Wert der Beschwer des Klägers: 78.000,00 DM.	72