
Datum: 27.05.2002
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 78/96
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2002:0527.5U78.96.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 115/94

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 20. März 1996 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 25 O 115/94 - wird zurückgewiesen. Die im Berufungsrechtszug erweitere Klage wird abgewiesen. Der Kläger hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 17.500,- EUR abwenden, wenn der Beklagte nicht vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand

1

Der Kläger stellte am 7. Oktober 1990 - etwa einen Monat nach einem Auffahrunfall - eine Schwellung an der rechten Halsseite fest. Nach mehreren in der Folgezeit durchgeführten Untersuchungen wurde die Raumforderung am Hals, die nach einer am 2. März 1991 vorgenommenen Kernspintomographie einen Durchmesser von 5 x 3 x 5 cm hatte, als Lipom gedeutet, dessen Entfernung der Arzt Dr. M. dem Kläger am 7. März 1991 empfahl, falls er sich hierdurch beeinträchtigt fühle. Daraufhin stellte der Kläger sich am 11. März 1991 in der Ambulanz der vom Beklagten geleiteten Neurochirurgischen Klinik des Krankenhauses K.-M. vor. Ihm wurde zur weiteren Abklärung zu einer Angiographie geraten, die am 19. April 1991 durchgeführt wurde. Sie ergab weder Gefäßmissbildungen noch sonstige Anzeichen für einen pathologischen Gefäßprozess. Der Beklagte riet dem Kläger zur Entfernung der Raumforderung. Unter im einzelnen streitigen Umständen fand am 23. April 1991 ein Aufklärungsgespräch mit dem Kläger statt, das vom Zeugen Dr. Q. geführt wurde; der Kläger unterzeichnete eine Einverständniserklärung (AH I 3). Am 24. April 1991, beginnend um 9.30 Uhr, nahm der Beklagte den operativen Eingriff zur Entfernung der Raumforderung vor. In

2

dem Operationsbericht, dessen inhaltliche Richtigkeit der Kläger bestreitet, heißt es:

"Anlegen eines geschwungenen, 6 cm langen Hautschnittes über dem Tumor supraclavikulär rechts und durch Freipräparation des Tumors in die Tiefe. Nach 2 cm stößt man auf den typischen lipomartigen Tumor, der schrittweise mit Halbfäden versehen und exstirpiert wird. Dabei sieht man, dass der Tumor weit nach infraclavikulär bis zur 1. Rippe reicht. Nach hinten bis zur Scapula und nach hinten unten bis an den Trapeziusmuskel. Schrittweise Exstirpation und Mobilisation des Tumors in allen Richtungen bis man ihn dann schließlich en bloque und radikal entfernen kann..." 3

Der postoperative Verlauf war zunächst unauffällig. Der Kläger verspürte allerdings später wieder Beschwerden in der rechten Schulter. In der Folgezeit wurde der Kläger, der weiter über Schulter- und Armbeschwerden klagte, vielfach ärztlich untersucht und behandelt. 4

Der Kläger hat behauptet, die am 24. April 1991 vorgenommene Operation sei jedenfalls nicht zu diesem Zeitpunkt indiziert gewesen. Durch den Eingriff seien Nerven vermeidbar geschädigt worden. Es sei falsch gewesen, den Operationsschnitt im Halsdreieck anzusetzen. Außerdem habe der Beklagte unvorsichtig operiert. Bei richtigem Vorgehen hätte sich das Lipom ohne Schädigung herauschälen lassen. Zudem habe der Beklagte auch unnötigerweise gesundes Gewebe mitentfernt. 5

Der Kläger hat des weiteren eine unzureichende Aufklärung gerügt. Der Zeuge Dr. Q. hätte - unzutreffend - von der Entfernung eines "Tumors" gesprochen. Er sei auf die Risiken von Wundheilungsstörungen, einer Infektion, einer Lähmung, Gefühlsstörungen und Blutungen hingewiesen worden. Daraufhin habe er erklärt, er wolle sich nicht operieren lassen, woraufhin ihm der Zeuge Dr. Q. erwidert habe, dann habe er "keine Chance mehr". Er habe davon ausgehen müssen, dass möglicherweise eine bösartige Geschwulst vorliege; nur deshalb habe er seine Einwilligung erteilt. Bei richtiger Aufklärung hätte er dem Eingriff nicht zugestimmt. Mit der Behauptung, das Aufklärungsgespräch habe am 23. April 1990 gegen 17 Uhr stattgefunden, rügt der Kläger darüber hinaus einen zu kurzen zeitlichen Abstand zwischen Aufklärung und Operation. 6

Der Kläger verlangt vom Beklagten Schadensersatz und ein Schmerzensgeld, das er mit mindestens 50.000,- DM als angemessen angesehen hat. 7

Der Kläger hat in erster Instanz zuletzt beantragt, 8

1. den Beklagten zu verurteilen, an ihn 30.180,04 DM nebst 4% Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen; 9

1. festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet sei, ihm zukünftig entstehende materielle Schäden zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Träger der Sozialversicherung oder sonstige Dritte übergehen. 10

2. den Beklagten zu verurteilen, an ihn ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld nebst 4% Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen. 11

Der Beklagte hat beantragt, 11

12

die Klage abzuweisen. 13

14

Der Beklagte hat behauptet, sowohl Planung als auch Durchführung der Operation hätten anerkanntem ärztlichen Standard entsprochen. Die Beschwerden des Klägers seien nicht auf den Eingriff zurückzuführen; zu einer Nervläsion sei es intraoperativ nicht gekommen. Die Aufklärung des Klägers, die am Vormittag des 23. April 1991 stattgefunden habe, sei nicht zu beanstanden.

Das Landgericht hat die Klage nach Einholung eines Sachverständigengutachtens sowie nach schriftlicher Anhörung des Zeugen Dr. Q. mit Urteil vom 20. März 1996 abgewiesen. Dagegen richtet sich die form- und fristgerecht eingelegte und begründete Berufung des Klägers. 15

Der Kläger behauptet weiterhin, die operative Entfernung des Lipoms, das in den Rückenweichteilen der rechten Seite gelegen habe, sei nicht, zumindest nicht dringlich, indiziert gewesen, weil es keine Beschwerden verursacht habe. Die damaligen Beschwerden seien Folge des Auffahrunfalles gewesen. Die präoperative diagnostische Abklärung und Befunderhebung sei unzureichend gewesen, so dass die Indikation nicht abgesichert gewesen sei. Zwingend notwendige elektromyographische Untersuchungen vor, während und nach der Operation seien unterlassen worden. Der Beklagte, der als Neurochirurg für die Operation nicht zuständig gewesen sei, habe operative Fehler begangen: Richtigerweise hätte er den Zugang zum Lipom dorsal wählen müssen. Die Schnittführung im Halsdreieck sei durch keinen Befund gerechtfertigt gewesen. Der Beklagte habe bei der von ihm gewählten Schnittführung zudem den Schnitt weit unterhalb des Lipoms angesetzt und habe, nachdem er die 1. Rippe durchtrennt habe, ein Gefäß verletzt und Nervenstränge durchtrennt; dadurch sei eine lebensbedrohende Situation entstanden, die zu einer unheilbaren Zerstörung von Gefäßen und Nerven geführt habe. Die Operation sei keineswegs komplikationslos verlaufen, wie dies dem insoweit unzutreffenden Operationsbericht zu entnehmen sei; dafür spreche auch die Abrechnung der Operation durch den Beklagten. Die fehlerhaft vorgenommene Operation habe zu einer dauernden Gesundheitsschädigung und letztlich zur Erwerbsunfähigkeit geführt. 16

Die ihm zuteil gewordene Aufklärung sei unzureichend gewesen. Er sei nur unzureichend auf die Risiken des Eingriffs hingewiesen worden. Ihm sei vor allem nicht gesagt worden, dass die Operation nicht indiziert, jedenfalls nicht dringlich gewesen sei. Ganz im Gegenteil habe der Zeuge Dr. Q. den Eingriff unzutreffend als dringlich bezeichnet. Tatsächlich habe es sich in Wahrheit um eine kosmetische Operation gehandelt. Wäre ihm dies bewusst gemacht worden, hätte er sich in keinem Fall operieren lassen. Zur Durchführung der Aufklärung sei Dr. Q., der zum damaligen Zeitpunkt Arzt in Ausbildung gewesen sei, nicht hinreichend kompetent gewesen. Durch die Vorverlegung des Operationstermins auf den Vormittag des 24. April 1991 sei es ihm nicht mehr möglich gewesen, sich mit einem befreundeten Mediziner über die Dringlichkeit des Eingriffs abzustimmen; er habe ihn telefonisch nicht erreichen können. 17

Wegen aller weiteren Einzelheiten des - umfangreichen - Vorbringens des Klägers im Berufungsrechtszug wird auf die zu den Akten gereichten Schriftsätze - insbesondere auf die zusammenfassenden Schriftsätze vom 30. August 1999 (GA 689-746) und vom 7. Juni 2000 (GA 827-839) - Bezug genommen (§ 543 Abs. 2 Satz 2 ZPO a.F.). 18

Der Kläger beantragt - teilweise klageerweiternd -, 19

1. den Beklagten zu verurteilen, an ihn 30.180,04 DM nebst 4% Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen; 20

1. den Beklagten zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 150.000,- DM nebst 4% Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen;	21
1. festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, ihm alle weiteren materiellen und immateriellen Schäden aus der Operation vom 24. April 1991 zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Träger der Sozialversicherung oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen.	22
Der Beklagte beantragt,	23
	24
die Berufung zurückzuweisen.	25
Er verteidigt das angefochtene Urteil mit Sach- und Rechtsausführungen.	26
Wegen aller weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils sowie auf die Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen Bezug genommen.	27
Der Senat hat gemäss den Beschlüssen vom 13. November 1996 (GA 330 f.) und vom 23. April 1997 (GA 450-452) Beweis erhoben. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. S./PD Dr. Z. vom 9. August 2001 (GA 922-934) sowie auf die Protokolle der Sitzungen vom 5. März 1997 (GA 415-420) und vom 24. April 2002 (GA 1026-1032) verwiesen.	28
Entscheidungsgründe	29
Die zulässige Berufung des Klägers bleibt in der Sache erfolglos; das Landgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.	30
1.	31
Vorwerfbare Behandlungsfehler des Beklagten im Zusammenhang mit der Entfernung des Lipoms beim Kläger sind auch nach dem Ergebnis der in zweiter Instanz durchgeführten Beweisaufnahme nicht bewiesen.	32
Sowohl nach den überzeugenden Feststellungen der zweitinstanzlich beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. S./PD Dr. Z. als auch nach den Ausführungen des erstinstanzlich herangezogenen Sachverständigen Prof. Dr. G. war die operative Entfernung des Lipoms zumindest relativ indiziert. Sie erfolgte nicht lediglich aus kosmetischen Gründen, sondern war mit Rücksicht darauf, dass das Lipom beim Kläger Beschwerden verursachte und die Gefahr der Schädigung von Nervengewebe durch Druckausübung bei Unterlassen des operativen Eingriffs - zu dem es (mit Ausnahme des bloßen weiteren Zuwartens) eine alternative Behandlungsmethode (etwa eine Strahlenbehandlung) nicht gab - bestand, aus medizinischen Gründen geboten.	33
Wie insbesondere der Sachverständigen PD Dr. Z. bei seiner Anhörung vor dem Senat ausgeführt hat, ergab sich zunächst die zwingende Indikation zur diagnostischen Abklärung der Fettgewebsgeschwulst. Diese Diagnostik hat der Beklagte mit CT, Kernspin, Angiographie und Ultraschall veranlasst. Es war nach den so erhobenen Vorbefunden nicht zwingend von einem gutartigen Lipom auszugehen, sondern es hätte sich auch um ein	34

Liposarkom handeln können, welches sich bösartig entwickeln konnte. Letzte Sicherheit hätte sich auch durch eine Stanz- oder eine andere Probebiopsie nicht ergeben können, da es sich um Mischgewebe hätte handeln können und die Probe gegebenenfalls aus gutartigem Gewebe entnommen worden wäre. Bei dieser Sachlage ist es nach den eingehenden, in jeder Hinsicht nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen PD Dr. Z. vertretbar gewesen, in Absprache mit dem Patienten die Resektion der Geschwulst vorzunehmen.

Vorwerfbare Fehler bei der Durchführung des Eingriffs lassen sich ebenfalls nicht feststellen. 35
Vor allem hat die Beweisaufnahme nicht ergeben, dass der vom Beklagten gewählte Zugangsweg von vorn (ventral) falsch gewählt war. Das hat bereits Prof. Dr. G. klipp und klar festgestellt, und der Sachverständige PD Dr. Z. hat dies bei seiner mündlichen Anhörung ausdrücklich bestätigt. Dabei hat sich Dr. Z. - wie er auf Nachfrage hervorgehoben hat - hinsichtlich der Lage der Geschwulst nicht nur auf den Operationsbericht des Beklagten, dessen Richtigkeit der Kläger in Abrede stellt, sondern vor allem auch auf die erhobenen radiologischen Befunde (CT vom 2.11.1990, Kernspin vom 2.3.1991, die gefertigten Sonographien und die in der Universitätsklinik in K. erhobenen Befunden) gestützt. Er hat auf der Grundlage dieser Befunde klar und eindeutig erklärt, auch er hätte bei der Lokalisation und der Ausdehnung der Geschwulst den Zugang von vorn gewählt, wie es der Beklagte getan hat. Der Senat sieht keinen Anlass, den insoweit übereinstimmenden Ausführungen der gerichtlich beauftragten Sachverständigen nicht zu folgen. Sie haben sich eingehend mit den vorliegenden Befunden auseinandergesetzt und sie sorgfältig ausgewertet; an ihrer Sachkunde zu zweifeln besteht keine Veranlassung.

Nach den Ausführungen der Sachverständigen ist zwar davon auszugehen, dass es während 36
der Entfernung des Lipoms zu einer Nervschädigung gekommen ist. Es steht aber nicht fest, dass der Beklagte insoweit nicht die Regeln der ärztlichen Kunst beachtet hat. Nervverletzungen sind bei einem Eingriff, wie ihn der Beklagte vorliegend beim Kläger vorgenommen hat, ein typisches Risiko. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Beklagte bei der Entfernung des Lipoms unvorsichtig vorgegangen ist und es deswegen zu einer Nervschädigung gekommen ist, sind nicht ersichtlich. Maßgebend dafür ist nach den Ausführungen des Sachverständigen PD Dr. Z. die intraoperative Struktur; je nachdem, wie diese sich darstellt, sind Verletzungen von Nerven nicht vermeidbar. Der Kläger kann zu seinen Gunsten auch nichts daraus herleiten, dass der Operationsbericht des Beklagten sich dazu nicht im einzelnen verhält. Die Dokumentation dient nicht dazu, Beweise für einen sich an die Behandlung gegebenenfalls anschließenden Rechtsstreit zu sichern, sondern richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Der erstinstanzlich beauftragte Sachverständige Prof. Dr. G. hat es indessen nicht beanstandet, dass in dem Operationsbericht die genaue Schilderung des intraoperativen lokalen Situs (insbesondere hinsichtlich des Nervenplexus) fehlte; bei der Intensität der Geschehensschilderung sei einem Operateur ein gewisser Spielraum einzuräumen, der hier nicht überschritten worden sei. Beweiserleichterungen können dem Kläger auch nicht mit Rücksicht auf seinen Vortrag, der Inhalt des Operationsberichts decke sich nicht mit der Abrechnung der Operation, die auf einen weitaus schwierigeren und komplikationsbehafteten Ablauf des Eingriffs deute, eingeräumt werden. Soweit damit ein Mangel des Operationsberichtes behauptet werden soll, würde dies allein - die Richtigkeit des klägerischen Vortrag unterstellt - keinen Behandlungsfehler darstellen. Dokumentationsmängel sind für sich genommen grundsätzlich keine Behandlungsfehler. Zu Beweiserleichterungen können sie nur insoweit führen, als die Nichtdokumentation einer Maßnahme die Vermutung begründet, sie sei unterblieben. Dagegen bleibt der Kläger beweispflichtig dafür, dass über den Inhalt des Operationsberichtes hinaus tatsächlich dokumentationspflichtige Ereignisse nicht

niedergeschrieben worden sind. Soweit es mögliche Nervverletzungen angeht, kann dies nicht ohne weiteres unterstellt werden, denn nach den Ausführungen des Sachverständigen PD Dr. Z. müssen solche intraoperativ nicht zwingend erkannt werden. Auch wenn es tatsächlich - wie der Kläger behauptet - während des Eingriffs zu Zwischenfällen gekommen sein sollte, ist damit noch nichts darüber ausgesagt, ob diese Folge eines behandlungsfehlerhaften Vorgehens des Beklagten war. Dafür fehlt vielmehr jeder konkrete Anhaltspunkt.

Zu einer weiteren Sachaufklärung sieht der Senat keine Veranlassung. Die maßgeblichen medizinischen Fragen sind durch zwei eingehende, in ihrer Wertung übereinstimmende Gutachten von Prof. Dr. G. und Prof. Dr. S./PD Dr. Z. überzeugend geklärt worden. Soweit der Kläger in seinem am 19. April 2002 beim Gericht eingegangenen Schriftsatz weitere Fragen zur Begutachtung aufgeworfen hat, ist die entscheidungserhebliche Problematik bei der mündlichen Anhörung durch PD Dr. Z. geklärt worden. Die Mehrzahl der vom Kläger formulierten Fragen sind ohnehin schon deshalb nicht im Rahmen eines Sachverständigengutachtens zu klären, weil sie (wie etwa die Fragen zur Aufklärung) Rechtsfragen betreffen oder es sich um Folgefragen bei einer festgestellten Haftung des Beklagten handelt oder sie nicht unmittelbar entscheidungserheblich sind (etwa zur Aufklärung über die Bereitstellung von Blutkonserven). Im übrigen sind sie - zusammenfassend - bei der mündlichen Anhörung des Sachverständigen PD Dr. Z. abgehandelt worden.

37

2.

38

Auch die dem Kläger zuteil gewordenen Eingriffsaufklärung ist nicht zu beanstanden.

39

Dass der Kläger über die typischen Risiken des Eingriffs aufgeklärt worden ist, wird schon durch die Unterzeichnung der Einwilligungserklärung indiziert und ist zur Überzeugung des Senats aufgrund der Vernehmung des Zeugen Dr. Q., der die Aufklärung vorgenommen hat, bewiesen. Dieser hat bekundet, er habe den Kläger vor allem auch über das Risiko von Nervverletzungen und daraus möglicherweise resultierende Lähmungen hingewiesen. Der Senat hat keinen zureichenden Anlass, an der Glaubhaftigkeit der Bekundungen des Zeugen Dr. Q. zu zweifeln. Der Umstand, dass er sich konkret an das Aufklärungsgespräch mit dem Kläger nicht mehr erinnern kann, sondern im wesentlichen den typischen Ablauf eines Aufklärungsgesprächs über die in Rede stehende Operation wiedergegeben hat, steht der Überzeugungsbildung des Senats nicht entgegen. Von einem Arzt, der täglich mehrere Aufklärungsgespräche routinemäßig führt, kann nicht erwartet werden, dass er sich an jedes einzelne Gespräch noch nach Jahren erinnert. Insoweit darf die Beweisführungslast eines Arztes nicht überspannt werden. Zusammen mit einer schriftlichen Einwilligungserklärung des Patienten als ein wesentliches Indiz für die durchgeführte Aufklärung und der glaubhaften Erklärung eines Arztes, er nehme eine Aufklärung stets in der von ihm geschilderten Art und Weise vor, ist der Beweis der Risikoaufklärung in aller Regel geführt. So liegt es auch im vorliegenden Fall.

40

Über die Risiken des Eingriffs hinaus war der Beklagte - und für ihn Dr. Q. - allerdings auch verpflichtet, den Kläger über die Notwendigkeit des Eingriffs als solchen zu unterrichten. Bei lediglich relativer Indikation, wie sie hier vorlag, müssen einem Patienten die Risiken des Eingriffs einerseits und die Risiken des Unterbleibens des Eingriffs so verdeutlicht werden, dass er in die Lage versetzt wird, die Risiken gegeneinander abzuwägen und eine Entscheidung, ob er den Eingriff durchführen lassen will oder nicht, zu treffen (BGH, NJW 1997, 1617, 1618). Der Senat ist davon überzeugt, dass der Zeuge Dr. Q. den Kläger auch insoweit hinreichend aufgeklärt hat. Er hat bekundet, es entspreche seiner üblichen Praxis,

41

mit einem Patienten auch die Risiken des Nichtdurchführung des Eingriffs zu erörtern, die hier darin bestünden, dass ein weiteres Größenwachstum der Geschwulst zu erwarten sei, was zu Nervkompressionen führen könne, deren Folgen gegebenenfalls nicht mehr operativ zu beseitigen seien. Er habe dem Kläger nicht dringlich zur Durchführung des Eingriffs geraten oder überhaupt dazu, den Eingriff vornehmen zu lassen; er habe ihm allerdings mit Rücksicht auf die Größe der Geschwulst und die Schmerzen, die sie dem Kläger bereitet habe, den Eingriff als sinnvoll dargestellt. Der Senat hat keine zureichende Veranlassung, an der Richtigkeit der Bekundungen des Zeugen Dr. Q. zu zweifeln. Er hat seine Aufklärungspraxis bei derartigen Operationen eingehend und durchaus differenziert geschildert. Anhaltspunkte dafür, dass er ausgerechnet beim Kläger von dieser Praxis abgewichen sein sollte, sind für den Senat nicht ersichtlich. Ausgehend von den Bekundungen des Zeugen Dr. Q. ist die Aufklärung über die Notwendigkeit des Eingriffs als solchen nicht zu beanstanden, da dem Kläger die Chancen und Risiken sachgerecht vor Augen geführt wurden und er damit die Möglichkeit zur freien Entscheidung hatte. Soweit der Kläger behauptet hat, der Zeuge Dr. Q. habe den Eingriff als sehr dringlich und als "letzte Chance" für ihn gesehen, hat die Beweisaufnahme dies auch nicht ansatzweise ergeben.

Es ist auch nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Aufklärung dem Zeugen Dr. Q. übertragen hat. Dies ist im Rahmen einer in einem Krankenhaus üblichen Arbeitsteilung zulässig. Der Zeuge Dr. Q. war als Arzt auch imstande, die Aufklärung vorzunehmen; er besaß darin nach seiner Bekundung hinreichende Erfahrungen. Im übrigen ist die Aufklärung - wie ausgeführt - inhaltlich nicht zu beanstanden. Anders und besser hätte sie auch der Beklagte selbst nicht vornehmen können.

42

Die Aufklärung erfolgte auch rechtzeitig. Grundsätzlich ist es bei einem stationär durchzuführenden Eingriff allerdings nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshof erforderlich, die Aufklärung am Vortag vorzunehmen; eine Aufklärung am Vorabend kann zu spät sein (vgl. BGH, NJW 1992, 2351, 2352). Entscheidend sind indes immer die Umstände des Einzelfalles. Es muss gewährleistet sein, dass dem Patienten genügend Zeit verbleibt, die für und gegen den Eingriff sprechenden Gründen abzuwägen (BGH, NJW 1998, 2734); er darf vor allem wegen der in der Klinik möglicherweise schon getroffenen Operationsvorbereitungen nicht unter einen unzumutbaren psychischen Druck gesetzt werden (BGH, NJW 1992, 2351, 2352). Im vorliegenden Fall ist - nach den insoweit zu unterstellenden Angaben des Klägers - die Aufklärung am späten Nachmittag vor der am folgenden Tag geplanten Operation gegen 17.00 Uhr durchgeführt worden. Das war nach Ansicht des Senats unter den hier vorliegenden Umständen ausreichend zeitig. Maßgebend ist insoweit, dass sich der Kläger schon länger mit einem möglicherweise durchzuführenden operativen Eingriff auseinandergesetzt hatte. Ihn traf die Situation vor dem geplanten Eingriff mithin nicht überraschend. Darüber hinaus hatte er nach seiner eigenen Darstellung durchaus grundsätzlich noch Gelegenheit zur einer Abwägung der Operationsrisiken. Er hat nach seinen Ausführungen denn auch versucht, mit einem ihm bekannten Mediziner Kontakt aufzunehmen. Das belegt, dass er auch nach der Aufklärung durch Dr. Q. durchaus zu vernünftigen Schritten imstande war, um sich selbst eine abschließende Meinung zu bilden. In einer psychischen Ausnahmesituation, die seine Entscheidungskraft beeinträchtigt hätte, befand sich der Kläger jedenfalls nicht. Dass er den befreundeten Arzt letztlich nicht erreicht hat, kann nicht zu Lasten des Beklagten gehen. Insoweit wäre es dem Kläger ohne weiteres zumutbar gewesen, im Anschluss an die vergeblichen Bemühungen, mit dem Arzt in Kontakt zu treten, auf den Beklagten zuzugehen und um eine Verschiebung der Operation zu bitten. Nach dem persönlichen Eindruck, den der Senat vom Kläger gewonnen hat, wäre er dazu auch ohne weiteres in der Lage gewesen.

43

Nach allem kann die Klage mithin keinen Erfolg haben, so dass die Berufung des Klägers zurückzuweisen ist.

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 45

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision nach § 543 Abs. 2 ZPO n.F. liegen nicht vor. 46

Berufungss Streitwert und Wert der Beschwerde des Klägers: 47

Berufungsantrag zu 1.: 30.180,04 DM 48

Berufungsantrag zu 2.: 150.000,00 DM 49

Berufungsantrag zu 3.: 50.000,00 DM 50

----- 51

230.180,04 DM (117.689,18 EUR) 52