
Datum: 16.03.2005
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 63/03
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2005:0316.5U63.03.00

Vorinstanz: Landgericht Aachen, 11 O 291/01

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Aachen vom 12.02.2003 - 11 O 291/01 - wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin wird gestattet, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die Klägerin macht gegenüber der Beklagten Schadensersatzansprüche wegen ärztlicher Behandlungsfehler anlässlich einer Behandlung in der orthopädischen Klinik der Beklagten geltend.

1

2

3

Die Klägerin, die seit 1987 unter Rückenschmerzen/Rückenbeschwerden litt, welche in der Vergangenheit mit konservativen Behandlungsmaßnahmen therapiert worden waren, begab sich wegen einer deutlichen Zunahme der Schmerzsymptomatik im Bereich des Rückens und des rechten Beins am 14.09.1992 in die orthopädische Klinik der Beklagten. 4

Am 24.09.1992 wurde als Befund " ein flacher, angedeuteter descendierender Bandscheibenprolaps im Segment L4/5 rechts mit mäßiger Raumeinengung im oberen Bandscheibenbereich" diagnostiziert. Es erfolgte zunächst in der Zeit vom 25.09. bis 27.10.1992 eine stationäre konservative Behandlung. Anlässlich eines weiteren stationären Aufenthaltes wurde am 6.11.1992 eine operative perkutane Nukleotomie L4/L5 in der Radiologie der Beklagten durchgeführt. Im Anschluss an diese Operation kam es zu einer Schmerzprogression. Es erfolgte nachfolgend eine Behandlung mit einem Periduralkatheter zur Schmerztherapeutik und sodann weitere Operationen in der Orthopädie der Beklagten im Januar und Februar 1993 (jeweils Nukleotomie und Hemilaminektomie). Nachfolgend wurde eine Reha-Behandlung in Bad Sassendorf und Münster durchgeführt mit weiteren Operationen im Juni und Oktober 1993. Nach einer Revisionsoperation in der Orthopädie der Beklagten im März 1994 wurde eine mehrwöchige ambulante Kochsalztherapie sowie eine schmerztherapeutische Behandlung in Baden-Baden durchgeführt. Im Rahmen eines Vorprozesses wegen der Erstattungsfähigkeit der Kosten dieser Behandlung durch den privaten Krankenversicherer wurde seitens des dort beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. I. ein Gutachten erstattet, welches u. a. eine Indikation für die bei der Beklagten durchgeführten Operationen verneinte. Es kam in der Folgezeit zu weiteren stationären Behandlungen der Klägerin im Jahr 1995 in Bochum und Münster. 1996 unterzog sich die Klägerin einer Behandlung durch Dr. C. in München, in deren Anschluss ab dem 1.03.1997 eine stufenweise Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Klägerin erfolgte. 5

Die Klägerin hat die Ansicht vertreten, sie sei in der Orthopädie der Beklagten fehlerhaft behandelt worden. Die Operationen im Klinikum der Beklagten am 6.11.1992, 14.01.1993 und 16.02.1993 seien nicht indiziert gewesen, weil keine neurologischen Ausfälle und kein radikulärer Schmerz vorgelegen hätten. Allenfalls habe eine relative Operationsindikation bestanden, so dass sie über das vorzugswürdige Therapiekonzept einer längerfristigen Krankengymnastik und konservativen Behandlung hätte aufgeklärt werden müssen. Außerdem habe die Nukleotomie nicht in der Radiologie der Beklagten durchgeführt werden dürfen, weil dort der gebotene Facharztstandard nicht gewährleistet gewesen sei. Es sei auch fehlerhaft gewesen, eine rein passive Form der Behandlung zu wählen, weil diese zu einer Chronifizierung ihrer Leiden geführt habe. Insoweit sei auch die erfolgte Risikoaufklärung unzulänglich gewesen. Dass eine andere Behandlungsform angezeigt gewesen sei, folge schon daraus, dass der nachfolgend therapierende Dr. C. einen Behandlungserfolg erzielt habe. 6

Die Klägerin hat beantragt, 7

1. 8

die Beklagte zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld (jedenfalls 150.000,00 DM zuzüglich einer monatlichen Schmerzensgeldrente in Höhe von 500,00 DM für die Zeit vom 1.12.1992 bis 30.01.1997) nebst 4 % Zinsen seit dem 17.07.2000 zu zahlen. 9

2. 10
11

12

festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihr einen materiellen Schaden zu ersetzen, der ihr infolge der im September 1992 im Klinikum S. erfolgten stationären operativen Behandlung im Bandscheibenbereich L 4/L5 entsteht.

Die Beklagte hat beantragt, 13

die Klage abzuweisen. 14

Sie hat Verjährung eingewandt und im übrigen vorgetragen, Behandlungs- und 15
Aufklärungsfehler seien zu verneinen. Bei der Klägerin habe eine Schmerzsymptomatik bestanden, die ambulant nicht mehr zu therapieren gewesen sei.

Nach Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens mit mündlicher Anhörung 16
des Sachverständigen Prof. Dr. T. hat das Landgericht durch Urteil vom 12.02.2003 die Klage abgewiesen und zur Begründung im wesentlichen ausgeführt, entgegen der - nicht bindenden - Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. I. im Vorprozess seien die durchgeführten Operationen medizinisch indiziert gewesen und lege artis durchgeführt worden. Die bei der Klägerin zunächst applizierte konservative Therapie sei im Ergebnis erfolglos geblieben und die Klägerin im Ergebnis austherapiert gewesen. Die Operation sei deshalb die medizinisch indizierte Maßnahme gewesen, um eine Beschwerdeheilung oder jedenfalls Linderung zu erzielen.

Auch Aufklärungsversäumnisse seien zu verneinen. Die Wahl der medizinisch indizierten 17
üblichen Behandlungsmethode obliege dem Arzt. Da die Klägerin austherapiert gewesen sei, habe es auch keiner Aufklärung über die Möglichkeit der Fortführung einer konservativen Therapie bedurft.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin, die ihre erstinstanzlichen 18
Klageanträge weiterverfolgt. Sie rügt fehlerhafte Tatsachenfeststellung sowie Rechtsverletzung. Letztere sieht sie dadurch gegeben, dass entscheidungserheblicher Sachvortrag aus der Klageschrift und weiteren Schriftsätzen vom Landgericht nicht in Betracht gezogen und im Rahmen der Beweiswürdigung nicht in der rechtlich gebotenen Weise berücksichtigt worden sei. Das Landgericht habe sich auch nicht mit dem von dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen abweichenden Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. I. aus dem Vorprozess auseinandergesetzt. Auch die von der Klägerin zitierte Fachliteratur sei vom Landgericht nicht beachtet worden. Ferner habe das Landgericht auch zu Unrecht die Aufklärungsrüge nicht für begründet erachtet. Tatsächlich sei sie nicht über die Möglichkeit alternativer Behandlungsmethoden außerhalb operativen Vorgehens aufgeklärt worden; bei entsprechender Aufklärung hätte sie zunächst konservative Behandlungsmaßnahmen wie insbesondere z. B. das Muskelaufbautraining durchgeführt, welches nachfolgend ja auch dann zur Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit geführt habe. Das gerichtliche Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. T. könne nicht Entscheidungsgrundlage sein, weil es sich zum einen mit dem Gutachten von Prof. I. aus dem Vorprozess, der eindeutig Behandlungsfehler bejaht habe, nicht ausreichend auseinandergesetzt habe und außerdem in sich widersprüchlich sei.

Die Klägerin beantragt, 19

1. 20

unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Beklagte zu verurteilen, an sie ein 21
angemessenes Schmerzensgeld (Größenordnung 76.693,79 EUR = DM 150.000,00 zzgl.

einer monatlichen Schmerzensgeldrente in Höhe von 255,64 EUR = DM 500,00 für die Zeit vom 01.12.1992 bis zum 30.01.1997) nebst 4 % Zinsen seit dem 17.07.2000 zu zahlen;

2.

22

festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihr allen materiellen Schaden zu ersetzen, ~~d28~~ ihr in Folge der im September 1992 im Klinikum S. erfolgten stationären operativen Behandlung im Bandscheibenbereich L 4/ L 5 entsteht.

Die Beklagte beantragt,

24

die Berufung zurückzuweisen.

25

Sie tritt dem Vorbringen der Klägerin und ihren Behandlungs- und Aufklärungsvorwürfen entgegen und stützt sich im übrigen auf die Feststellungen des Landgerichts und des erstinstanzlichen Sachverständigen.

26

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines fachneurochirurgischen/wirbelsäulenchirurgischen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. X. vom 9.08.2004. Der Sachverständige hat sein Gutachten mündlich vor dem Senat nach Maßgabe des Vernehmungsprotokolls vom 24.01.2005 erläutert.

27

II.

28

Die zulässige Berufung der Klägerin bleibt in der Sache ohne Erfolg. Auch nach dem Ergebnis der in zweiter Instanz durchgeführten Beweisaufnahme sind Behandlungsfehler anlässlich der Behandlung der Klägerin in der Orthopädie der Beklagten im Jahr 1992/1993 zu verneinen. Entgegen der Ansicht der Klägerin bestand eine klare Indikation für ein operatives Vorgehen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den medizinisch fundierten und in jeder Hinsicht nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. X.. Bereits in seinem schriftlichen Gutachten hat dieser dargelegt, dass für die bei der Klägerin durchgeführten Operationen im November 1992 und Januar 1993 jedenfalls eine relative Indikation bestand. Dabei hat der Sachverständige hinreichend klargestellt, dass eine relative Indikation jedenfalls nicht geringerwertig gegenüber einer absoluten/vitalen Indikation sei, sondern lediglich beinhalte, dass auch anderweitige Behandlungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden könnten. Bezogen auf den vorliegenden Fall hat der Sachverständige jedoch ausdrücklich klargestellt, dass schon hinsichtlich der Operation aus November 1992 eine klare relative Indikation bestanden habe, und dies nachvollziehbar damit erläutert, dass zum einen bei der Klägerin bereits eine langjährige Beschwerdesymptomatik bestanden habe, nämlich bereits seit 1987 und damit zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung über einen Zeitraum von immerhin gut 4 Jahren, wobei auch bereits konservative Therapieansätze praktiziert worden seien. Zum anderen sei auch im Rahmen eines vierwöchigen stationären Aufenthaltes - ohne erkennbaren Behandlungserfolg - konservativ therapiert worden, wobei der Sachverständige die diesbezüglichen Therapieansätze ausdrücklich als sachgerecht und auch ausreichend bezeichnet hat, weil insbesondere die zu fordernden Behandlungsansätze zur Kräftigung der Stütz Muskulatur zum Einsatz gekommen seien. Bei einem Fall wie dem vorliegenden, in dem längerfristige konservative Maßnahmen keine Besserung erbracht hätten, bestehe eine Indikation zu invasiven Maßnahmen. Das Schmerzsyndrom der Klägerin habe auf konservative Therapie nicht angesprochen, und die Ursache der Schmerzsymptomatik sei auch durch Computertomografie im Sinne einer Vorwölbung der Bandscheibe LW K 4/5 diagnostisch ausreichend bestätigt worden. Die erste Operation aus November 1992 sei auch

29

in ihrer konkreten Durchführung angezeigt gewesen. Sie habe das Ziel verfolgt, bei einer Vorwölbung der Bandscheibe das Hinterlängsband dadurch zu entlasten, dass man den Bandscheibenkern zum Schrumpfen bringe. Diese Methode der perkutanen Nukleotomie sei zum fraglichen Zeitpunkt Behandlungsstandard gewesen, so dass es auch nicht fehlerhaft gewesen sei, sich für diese Operationsmethode zu entscheiden. Demzufolge steht fest, dass

- unbeschadet der Frage, ob die Klägerin konservativ "austherapiert war" jedenfalls angesichts der persistierenden Beschwerdesymptomatik und angesichts längerfristiger frustraner Behandlungsversuche konservativer Art die durchgeführte Operation jedenfalls relativ indiziert war und, wie der Sachverständige auch dargelegt hat, im übrigen auch sachgerecht durchgeführt worden ist.

30

Entsprechendes gilt nach den Feststellungen des Sachverständigen auch für die zweite Operation aus Januar 1993, die in erster Linie der Dekompression von nervalen Strukturen im Spinalkanal sowie im Bereich des Austrittes aus dem Spinalkanal gedient hat und vor deren Durchführung bei der Klägerin eine jedenfalls subjektiv empfundene erhebliche Beschwerdesymptomatik mit Beeinträchtigungen im täglichen Leben bestanden hat und gleichzeitig im CT vom 12.01.1993 ein ausgeprägter nach kaudal sequestrierter Bandscheibenvorfall der Etage LW K 4/5 festgestellt worden ist, der - nachvollziehbar - als ursächlich für die Beschwerden angenommen worden ist. Vor diesem Hintergrund sei - so der Sachverständige - die sodann durchgeführte partielle Hemilaminektomie ebenfalls jedenfalls relativ indiziert gewesen. Auch insoweit sei eine Beschwerdeverbesserung zuvor nicht zu erreichen gewesen, weder durch eine der Stärkung der Muskulatur dienende Krankengymnastik noch auch durch - erfolgte - analgetische Maßnahmen wie der Verabreichung des starken Schmerzmittels Tramal.

31

Diese Feststellungen des Sachverständigen überzeugen den Senat, dies auch vor dem Hintergrund ihrer mündlichen Erläuterung, in deren Rahmen der Sachverständige erneut klargestellt und erläutert hat, dass es - insoweit entgegen der Behauptung der Klägerin - keine konkret verbindlichen Richtlinien hinsichtlich der erforderlichen Dauer einer frustranen konservativen Therapie vor Durchführung einer Operation gebe. Vielmehr richte sich die Entscheidung für eine - dann jedenfalls relativ indizierte - operative Vorgehensweise danach, wie intensiv im Einzelfall die Beschwerdesymptomatik sei und wie sie auf eventuelle medikamentöse Therapie und krankengymnastische Behandlung anspreche. Diese konservativen Maßnahmen könnten zwar zum Erfolg führen, müssten es aber nicht notwendigerweise. Es gebe kein festes, durch Untersuchungen gesichertes Behandlungskonzept, sondern die Entscheidung des Arztes hänge von seiner eigenen Erfahrung und der konkreten Situation des Patienten ab. Jedenfalls sei im Falle der Klägerin im Rahmen der vierwöchigen stationären Behandlung täglich Krankengymnastik durchgeführt worden. Es könne retrospektiv nicht gesagt werden, ob man über die Krankengymnastik hinaus noch weitere Maßnahmen hätte durchführen können; tatsächlich sei die nach Maßgabe der aussagekräftigen Dokumentation erfolgte konservative Therapie durchaus ausreichend gewesen, und es habe, nachdem diese sich als nicht erfolgreich herausgestellt habe, jedenfalls die alternative Indikation zum operativen Vorgehen bestanden und zwar hinsichtlich aller hier in Rede stehenden Operationen. Die konservative Vorbehandlung sei ebenso wie die präoperative diagnostische Abklärung ausweislich der CT-Aufnahmen vom 16.09. und 23.09. sowie der Myelografie vom 13.10.1992 ausreichend gewesen. Die relative Indikation sei auch hinsichtlich der zweiten Operation zu bejahen, dies nicht alleine vor dem Hintergrund eines sequestrierten Vorfalls, der für sich alleine genommen noch keine Operationsindikation darstelle; entscheidend sei vielmehr auch hier der klinische Befund, wonach die Klägerin erhebliche Beschwerden und nunmehr auch eine leichte

32

Fußheberschwäche gehabt habe.

Die Feststellungen des Sachverständigen überzeugen, dies um so mehr, als sie in Einklang stehen mit den sogar noch weitergehenden Ausführungen des erstinstanzlichen Sachverständigen, der ebenfalls hinsichtlich beider Operationen eine jedenfalls relative Indikation bejaht hat und auch die Richtigkeit ihrer Durchführung im einzelnen bestätigt hat. Entgegen der Ansicht der Klägerin war es gerade nicht geboten, die konservative Behandlung mit ganz konkreten Maßnahmen über einen ganz bestimmten, fest vorgegebenen Zeitraum durchzuführen, ehe an eine Operation gedacht werden konnte. Der zweitinstanzliche Sachverständige hat vielmehr - wie dargelegt - ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Entscheidung für eine Operation bei jedenfalls ausreichend durchgeführter konservativer Behandlung und langjähriger Beschwerdeprogredienz sich ausschließlich nach der individuellen Situation des einzelnen Patienten und dessen Klinik sowie auch nach der Erfahrung des behandelnden Arztes richtet und insoweit keine Fehler festzustellen sind. Fehler hat er im übrigen auch verneint, soweit die erste Operation in der Radiologie der Beklagten durchgeführt worden ist. Er hat insoweit ausdrücklich klargestellt, dass der gebotene Facharztstandard auch hier gegeben war und auch die Ärzte der Radiologie von ihrer fachlichen Ausrichtung her durchaus qualifiziert waren, die vorliegende Operation durchzuführen, was auch der erstinstanzliche Sachverständige bestätigt hat, so dass Zweifel insoweit nicht bestehen.

33

Das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. I. aus dem Parallelverfahren 9 O 373/96 (gegen die Vereinte Krankenversicherung) steht dem nicht entgegen. Dieses Gutachten ist zu einer anderen Beweisfrage eingeholt worden. Die damalige Feststellung, dass nicht nur die seinerzeit streitgegenständliche Behandlung durch Dr. U. falsch und medizinisch nicht notwendig gewesen sei, sondern bereits die hier interessierenden Operationen letztlich nicht veranlasst gewesen seien, ist außerhalb des eigentlichen Auftrages des damaligen Gutachtens getroffen worden. Sie ist folglich auch weder eingehend begründet worden, noch bestand seinerzeit Anlass, sie kritisch zu überprüfen und zu hinterfragen. Dies ist im vorliegenden Verfahren allerdings geschehen. Der Sachverständige Prof. Dr. X. hat sich dabei ebenso fundiert wie kritisch mit diesem Teil des Gutachtens Dr. I. auseinandergesetzt und dessen Feststellungen insoweit überzeugend widerlegen können. Zu Recht hat der Sachverständige Prof. Dr. X. dabei darauf verwiesen, dass die Feststellungen von Prof. Dr. I. aus der maßgeblichen Sicht eines Orthopäden nicht zu halten seien, und dass Prof. Dr. I. als Anästhesiologen letztlich die (spezifisch wirbelsäulenchirurgische) Fachkompetenz fehle, um mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln eine Indikation zur Operation zu verneinen. Zu Recht zeigt der Sachverständige Prof. Dr. X. auf, dass der Sachverständige Prof. Dr. I. in wesentlichen Punkten von unrichtigen Voraussetzungen ausgegangen sei, etwa von einer falschen Zeitdauer der vorherigen konservativen Behandlung, von einem Unterlassen der Hinzuziehung eines Schmerztherapeuten und von einem Verkennen der Bedeutung der Vorstellung in der Psychosomatik. Eine Gegenüberstellung der gutachterlichen Stellungnahmen von Prof. Dr. X. und Prof. Dr. I. ergibt aus Sicht des Senats eine zweifelsfreie Überlegenheit des Gutachtens von Prof. Dr. X.. Dessen Gutachten beruht auf einer vollständigen und lückenlosen Auswertung der Behandlungsunterlagen sowie auf einer differenzierten und ausführlichen Auseinandersetzung mit ihnen. Es ist demgegenüber aus Sicht des Senats nicht zu verkennen, dass der Sachverständige Prof. Dr. I. seine Bemerkungen über die vermeintlich fehlerhafte Indikation zu den Operationen mehr als Illustration seiner Bewertung der verfehlten Behandlung durch Dr. U. verstanden wissen wollte, denn als fundierte Stellungnahme aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht. Da der Senat hinsichtlich der Richtigkeit des Gutachtens von Prof. Dr. X. (das im Kern in Einklang steht mit demjenigen des erstinstanzlichen Sachverständigen Prof. Dr. T.) keine Zweifel hegt, bestand

34

auch kein Anlass, zu der Auffassung von Prof. Dr. I. weitere sachverständige Meinungen einzuholen.

Eine Haftung der Beklagten kommt auch nicht unter dem Gesichtspunkt fehlerhafter Aufklärung in Betracht. Zwar ist grundsätzlich über Behandlungsalternativen aufzuklären, wenn im konkreten Fall eine echte Alternative mit gleichwertigen Chancen, aber andersartigen Risiken besteht, wie z. B. im Falle einer konservativen oder operativen Behandlung (so schon BGH Versicherungsrecht 1980/1145, 1981/532, 1982/771, 1984/470, OLG Hamm Versicherungsrecht 1993/102). In Anbetracht dessen musste die Klägerin darüber aufgeklärt werden, dass neben der operativen Behandlungsmaßnahme auch nach wie vor die Möglichkeit weiterer konservativer Therapie bestand und dass die in Aussicht genommene Operation in beiden Fällen allein relativ indiziert war. Selbst wenn jedoch der Klägerin eine dahingehende Aufklärung nicht zuteil geworden sein sollte, scheidet eine Haftung der Beklagten gleichwohl aus, weil nicht bewiesen ist, dass die bei der Klägerin eingetretenen gesundheitlichen Schäden auf den dann ohne wirksame Einwilligung der Klägerin eigenmächtig durchgeführten operativen Maßnahmen beruhen. Grundsätzlich hat nämlich der Patient die Darlegungs- und Beweislast dafür, dass die Schadensfolge, für die er Ersatz verlangt, auch tatsächlich durch den eigenmächtigen Eingriff des Arztes verursacht worden ist und nicht auf andere Umstände zurückgeht (BGH VersR 1992/240, OLG Celle Versicherungsrecht 1990/658). An einem dahingehenden Nachweis fehlt es vorliegend. Der Sachverständige Prof. Dr. X. hat nämlich insbesondere bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Senat nachvollziehbar dargelegt, dass schlechterdings keine sichere Aussage dazu zu treffen ist, wie sich der Verlauf dargestellt hätte, wenn es zu der ersten und dann auch zu weiteren Operationen nicht gekommen wäre. Sämtliche Erwägungen zum hypothetischen weiteren Verlauf ohne die operativen Eingriffe seien letztlich in jeder Hinsicht spekulativ. Man könne nicht sagen, ob und gegebenenfalls welche Beschwerden die Patientin dann nicht gehabt hätte, ebenso wenig sei es möglich zu sagen, dass die späteren Bandscheibenvorfälle sich dann nicht ereignet hätten. Zwar sei es theoretisch denkbar, dass die erste Operation aus November 1992 den ersten Bandscheibenvorfall ausgelöst habe, sicher oder in irgendeiner Weise verifizierbar oder überprüfbar sei dies jedoch nicht. Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen des Sachverständigen fehlt es demzufolge jedenfalls an der von der Klägerin nachzuweisenden Kausalität der - unterstellt - ohne wirksame Einwilligung durchgeführten operativen Maßnahmen und der nachfolgenden persistierenden Beschwerdesymptomatik der Klägerin. Auch diese Feststellungen des zweitinstanzlichen Sachverständigen decken sich mit denen des erstinstanzlichen Sachverständigen Prof. Dr. T.. Auch er hat anlässlich seiner mündlichen Anhörung dargelegt, dass sich konkretisierbare Feststellungen dazu nicht treffen ließen, ob bei einem Behandlungskonzept, wie es nachfolgend Prof. C. in München angewandt hat, schon zu einem früheren Zeitpunkt, ein besseres Behandlungsergebnis erzielt worden wäre, ließen sich im nachhinein nicht mehr treffen. Die nachfolgenden, nach Vorbringen der Klägerin erfolgreichen konservativen Behandlungsmaßnahmen seien separat zu beurteilen, und hieraus ließen sich keine Rückschlüsse auf das Behandlungsregime vor den Operationen ziehen. Auch hieraus folgt, dass es jedenfalls an der haftungsbegründenden Kausalität eines eventuellen Aufklärungsmangels für die fortdauernde Beschwerdesymptomatik der Klägerin fehlt.

35

Nach allem war die Berufung mit der Kostenfolge des § 97 ZPO zurückzuweisen.

36

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Ziffer 10, 711 ZPO.

37

Zur Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung. Der Rechtsstreit wirft keine Fragen von grundsätzlicher Bedeutung auf, und auch die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung

38

einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern keine Entscheidung des Revisionsgerichts.

