
Datum: 25.05.2011
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 174/08
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2011:0525.5U174.08.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 510/05

Tenor:

Unter Zurückweisung der weitergehenden Berufung des Klägers wird das am 03.09.2008 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 25 O 510/05 - teilweise abgeändert und wie folgt neu gefasst:

Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an den Kläger ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.12.2004 zu zahlen.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger alle materiellen sowie künftige immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihm infolge der fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung am 13.12.1999 entstanden sind bzw. entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen der Kläger zu 20% und die Beklagten als Gesamtschuldner zu 80%.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Parteien können die Zwangsvollstreckung der jeweils anderen Partei durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des auf Grund des Urteils zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die vollstreckende Partei vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

1

I.

2

Der Kläger nimmt die Beklagte zu 1) als Trägerin des städtischen Krankenhauses L. und den Beklagten zu 2) als behandelnden Chefarzt im Krankenhaus der Beklagten zu 1) auf Ersatz immateriellen und materiellen Schadens wegen drei angeblich fehlerhafter und mangels ausreichender Aufklärung rechtswidriger operativer Eingriffe in den Jahren 1999 und 2000 in Anspruch.

3

Am 29.07.1999 erlitt der Kläger bei einem Sportunfall eine komplexe, intraartikuläre distale Radiustrümmerfraktur am rechten Handgelenk (23 C3.1 nach AO-Klassifikation). Diese wurde zunächst im D.-Hospital in M. ordnungsgemäß behandelt. Wegen andauernder Beschwerden stellte sich der Kläger erstmals am 18.08.1999 in der Chirurgischen Ambulanz des Krankenhauses der Beklagten zu 1) bei dem Beklagten zu 2) vor. Aufgrund der dort festgestellten Nachsinterung der Trümmerfraktur wurde ihm eine Re-Operation vorgeschlagen, die am 23.08.1999 mit einer offenen Reposition der Gelenkfläche und einer Spongiosa-Unterfütterung des zentralen Knochendefekts mit Plattenversorgung durchgeführt wurde. Wegen der Einzelheiten des Eingriffs wird auf die zur Akte gereichte Kopie des Operationsberichts vom 26.08.1999 (Anlage K 35 zur Klageschrift, SH II) Bezug genommen. Für die Nachbehandlung wurde eine Einschränkung der Supinations- und Pronationsübung aufgrund der radiolunaren Instabilität festgelegt und eine Oberarmschiene angepasst. Im Verlauf kam es zu einer relativen Verkürzung der Speiche zur Elle sowie einer dorsalen Subluxationsstellung der Ulna bei anhaltenden Beschwerden des Klägers. Der Beklagte zu 2) nahm daraufhin am 13.12.1999 eine Korrektur-Osteotomie mit einer Verkürzung der Ulna vor. Wegen der Einzelheiten dieses Eingriffs wird auf den Operationsbericht vom 20.12.1999 (Bl. 143 f. der Behandlungsunterlagen der Beklagten) Bezug genommen. In der ambulanten Nachsorge kam es im weiteren Verlauf wiederum zu keiner wesentlichen Besserung der Beweglichkeit des rechten Handgelenks, so dass eine frühzeitige Implantat-Entfernung empfohlen wurde. Am 16.03.2000 erfolgte bei deutlich induriertem Weichteil im Plattenlager der Speiche die Entfernung von Panusgewebe um die Platte herum sowie die Entfernung der Metallplatte. Im Zuge der operativen Mobilisierung kam es distal des Osteotomiespaltes zu einer Re-Fraktur der Elle. Es wurde volar eine 10-Loch-Platte angelegt und die Fraktur hierüber stabilisiert. Wegen weiterer Einzelheiten wird wiederum auf den Operationsbericht vom 20.03.2000 (Bl. 176 f. der Behandlungsunterlagen) Bezug genommen. Nach der Operation erlitt der Kläger ununterbrochene Schmerzen im Bereich des ellenseitigen Handgelenks und die Beweglichkeit des Handgelenks verschlechterte sich deutlich mit einer Schwächung der Hand und Gefühlsstörung im Bereich des Kleinfingers. Im Verlauf wurde ein

4

rechtsseitiges Ulcus ulnaris-Syndrom diagnostiziert. Bis zum Jahr 2007 wurde der Kläger wegen andauernder Beschwerden noch wenigstens sieben Mal in verschiedenen Kliniken operiert. Heute beklagt der Kläger ein ständiges Brennen auf der Höhe des Handgelenks und Druckschmerz im ulnaren Handgelenk. Die Extension im Handgelenk beträgt 30/0/15 Grad Flexion und es besteht eine Taubheit der ulnaren Handkante. Die Ulnadeviation/Radialdeviation ist mit 10/0/25 Grad eingeschränkt. Die Pronation/Supination beträgt 60/0/70 Grad.

Gestützt auf ein Gutachten der Gutachterkommission vom 11.07.2003 (Anlage K1, SH II), eine gutachterliche Stellungnahme von Priv. Doz. Dr. N. für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vom 13.07.2000 (Anlage K 33, SH II) und gutachterliche Stellungnahmen von Prof. Dr. O. vom 06.12.2005 (Nr. 2, SH II) und 19.11.2007 (Bl. 269 ff. GA) hat der Kläger behauptet, die drei Operationen vom 23.08.1999, 13.12.1999 und 16.03.2000 seien grob fehlerhaft gewesen. Im Rahmen der ersten Operation am 23.08.1999 sei es nicht gelungen, das Ziel einer übungsstabilen Osteosynthese durch die dorsale Plattenlage zu erreichen, denn die Platte habe keine Abstützfunktion erfüllt, weil sie fehlerhaft positioniert worden sei. Die Verkürzungsosteotomie bei der zweiten Operation am 13.12.1999 sei nicht angezeigt gewesen, denn ursächlich für den Ellenvorschub sei die mit einer Deformität verheilte Radiusfraktur gewesen. Es sei vielmehr die Wiederherstellung der normalen Radiuslänge und daher die additive Radius-Osteotomie als die richtige Therapie geboten gewesen. Anstelle der Ellenverkürzung sei die assistierte Arthroskopie des Hand- und Radioulnargelenks indiziert und mit hoher Wahrscheinlichkeit der therapeutisch aussichtsreichste Weg gewesen. Schließlich sei auch die vorzeitige Metallentfernung vom 16.03.2000 an der Speiche und die Re-Osteosynthese der refraktierten Ulna – die dritte beanstandete Operation – nicht erfolgreich gewesen. Diese Vorgehensweise habe zu keiner Verbesserung der Symptomatik geführt, sondern die in Supination fixierte druckschmerzhaft Ulnaabduktion sei ein Hinweis auf eine narbige Verkürzung der ulnocarpalen Bandverbindung. Die Eingriffe seien zudem rechtswidrig gewesen, weil seine Einwilligung unwirksam gewesen sei. Er sei nicht hinreichend über die Folgen dieser Maßnahmen und über die allgemeinen und besonderen Risiken, die sich in Bezug auf die Gebrauchsfähigkeit seiner Hand ergeben könnten, aufgeklärt worden. Bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung über die Gefahren des Eingriffs und Alternativen hätte er sich den Operationen nicht unterzogen, sondern anderwärts beraten und operieren lassen. Der Kläger hat behauptet, die zahlreichen Folgeoperationen seien durch die fehlerhaften Operationen bei der Beklagten zu 1) bedingt gewesen und sie seien von klinischen Belastungen und dauernden Schmerzzuständen über fünf Jahre begleitet worden. Die rechte Hand sei nicht mehr belastbar, so dass Schreibarbeiten nur noch zeitlich begrenzt durchführbar seien. Sowohl in seinem Privatleben als auch in seinem beruflichen Leben sei er durch die Folgewirkungen stark eingeschränkt, was er im Einzelnen ausgeführt hat. Seiner beruflichen Tätigkeit könne er nicht mehr nachgehen, so dass er behandlungsfehlerbedingt nunmehr auch auf Sozialhilfe angewiesen sei. In Anbetracht der erlittenen und fortbestehenden Beeinträchtigungen hat er ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 30.000 € für angemessen gehalten. Zudem seien die Beklagten zum Ersatz sämtlicher materieller und künftiger immaterieller Schäden – soweit nicht auf Dritte übergegangen - verpflichtet, die ihm aus der grob fehlerhaften Behandlung entstanden seien und entstehen würden.

5

Die Beklagten sind dem Vorbringen des Klägers entgegengetreten und haben Klageabweisung beantragt. Sie haben behauptet, die Beschwerden seien nicht erst nach den Operationen im Hause der Beklagten zu 1) aufgetreten, sondern hätten bereits vorher bestanden und die anhaltenden Schmerzen und Bewegungsbeeinträchtigungen am Handgelenk seien auf den Unfall zurückzuführen. Bei der vom Beklagten zu 2)

6

durchgeführten ersten Operation sei im Übrigen zu berücksichtigen, dass es sich nach der Erstoperation in M. um eine Re-Operation gehandelt habe, die deutlich problematischer sei. Es sei vor jeder Operation eine umfassende Aufklärung des Klägers erfolgt wie sich aus den Aufklärungsbögen vom 20.08.1999, 09.12.1999 und 14.03.2000 ergebe. Nach erfolgter Beratung und Aufklärung durch den Beklagten zu 2) habe der Kläger auf der Durchführung der zweiten Operation bestanden.

Wegen der weiteren Einzelheiten der tatsächlichen Feststellungen des Landgerichts wird gemäß § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO auf die Ausführungen in dem angefochtenen Urteil (Bl. 393 - 400 GA) Bezug genommen.

Nach Durchführung einer Beweisaufnahme durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. P. vom 26.01.2007 (Bl. 119 ff. GA) nebst ergänzender Stellungnahme vom 17.02.2008 (Bl. 326 ff. GA) hat das Landgericht die Klage abgewiesen, weil nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme schadensursächliche Behandlungsfehler nicht bewiesen seien. Dabei könne offen bleiben, ob Behandlungsfehler vorgelegen hätten. Diese seien jedenfalls nicht als grob zu werten, so dass der Kläger für die Kausalität der Behandlungsfehler für den geltend gemachten Schaden beweispflichtig bleibe. Dieser Beweis sei indessen in Anbetracht der Schwere der bei dem Unfall erlittenen Schädigungen, die nach den Feststellungen des Sachverständigen in erste Linie für die Beeinträchtigungen ursächlich und als schicksalhaft zu werten seien, nicht erbracht. Etwaige Aufklärungsversäumnisse könnten aufgrund der nicht nachgewiesenen Kausalität ebenfalls dahingestellt bleiben. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung (Bl. 397 - 400 GA) verwiesen.

Der Kläger hat gegen das Urteil frist- und formgerecht Berufung eingelegt und sein Rechtsmittel, mit dem er seine erstinstanzlichen Klageanträge weiterverfolgt, ordnungsgemäß begründet.

Unter Bezugnahme im Einzelnen, Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Vorbringens rügt der Kläger Rechtsfehler des Landgerichts. Insbesondere habe das Landgericht sich ohne Würdigung aller dem Fall zugrunde liegenden Erkenntnisse und ausführlichen medizinischen Würdigungen lediglich auf das gerichtliche Sachverständigengutachten berufen und nicht ausreichend die von ihm vorgelegten privaten Gutachten berücksichtigt. Abgesehen davon werde verkannt, dass die maßgeblichen Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen zu den jeweiligen Operationen die Schlussfolgerungen des Landgerichts nicht rechtfertigten, was im Einzelnen ausgeführt wird. Weiter rügt er, dass das Landgericht eine Anhörung des Sachverständigen unterlassen habe. Diese habe sich in Anbetracht der unterschiedlichen Feststellungen der Sachverständigen aufgedrängt und sei von ihm auch mehrfach beantragt worden. Hinsichtlich der gerügten Aufklärungsmängel wiederholt und vertieft der Kläger seine Ansicht, er habe über sämtliche, jeweils in Betracht kommenden operativen Korrekturmaßnahmen aufgeklärt werden müssen. Von den Beklagten sei jedoch ohne Aufklärung über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten der einfachste medizinische Weg gewählt worden. Damit aber hätte, insbesondere bei der zweiten Operation, nicht die Symptomatik behoben oder korrigiert, sondern von vornherein nur Schmerzlinderung erzielt werden können. Wäre er über die verschiedenen möglichen Operationsverfahren aufgeklärt worden, hätte er sich dafür entschieden, eine Behebung der Symptomatik herbeizuführen.

Der Kläger beantragt,

unter Abänderung des am 03.09.2008 verkündeten Urteils des Landgerichts Köln, 25 O 510/05,

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 30.000 € zu zahlen, dessen genaue Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 16.12.2004;

festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm den materiellen Schaden zu ersetzen, der ihm aus der Fehlbehandlung entstanden ist bzw. entstehen wird, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen;

3. 15

festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche immaterielle Schäden für die Zukunft zu ersetzen. 16

Die Beklagten beantragen, 17

die Berufung zurückzuweisen. 18

Die Beklagten verteidigen das angefochtene Urteil und treten den Behauptungen und Rechtsansichten des Klägers ebenfalls unter konkreter Bezugnahme, Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrages im Einzelnen entgegen. Gegenüber den behaupteten Aufklärungsmängeln wiederholen sie den Einwand der hypothetischen Einwilligung. 19

Wegen aller weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Parteien im Berufungsverfahren wird auf die im Berufungsrechtszug gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, sowie auf das Sitzungsprotokoll vom 30.03.2011 (Bl. 598 ff. GA) verwiesen. 20

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens gemäß Beweisbeschluss vom 25.03.2009 (Bl. 479 ff. GA). Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. W. vom 26.10.2010 (Bl. 514 ff. GA) sowie auf das Sitzungsprotokoll vom 30.03.2011 (Bl. 598 ff. GA) über die Anhörung des Sachverständigen Bezug genommen. 21

II. 22

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. In der Sache hat sie überwiegend Erfolg. 23

Der Kläger hat gegen die Beklagten gemäß §§ 611, 280 Abs. 1, 278, 823 Abs. 1, 831, 840, 249, 253 Abs. 2 BGB einen Anspruch auf Ersatz immaterieller und materieller Schäden wegen fehlerhafter und rechtswidriger Behandlung. 24

Nach dem Ergebnis der vor dem Senat erneut durchgeführten Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats gemäß § 286 ZPO fest, dass der operative Eingriff vom 13.12.1999 fehlerhaft und mangels ausreichender Aufklärung zu dem Eingriff rechtswidrig war und dieser Eingriff für die beim Kläger nachfolgend eingetretenen Beschwerden und Beeinträchtigungen sowie die Folgeoperationen wenigstens mit ursächlich war (§ 287 ZPO). Daraus rechtfertigt 25

sich das zuerkannte Schmerzensgeld in Höhe von 25.000 €. Die auf Feststellung der Ersatzpflicht weiterer materieller und möglicher künftiger, derzeit noch nicht konkret absehbarer immaterieller Schäden gerichteten Klageanträge zu 2) und 3) sind aufgrund der fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung am 13.12.1999 ebenfalls überwiegend begründet.

1.

26

Nach der überzeugenden und nachvollziehbaren Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. W. in seinem gerichtlichen Gutachten vom 26.10.2010 (Bl. 514 ff. GA), die er bei seiner Anhörung im Termin vom 30.03.2011 erläutert und vertieft hat (vgl. Sitzungsprotokoll vom 30.03.2011, Bl. 598 ff. GA), ist nicht erwiesen, dass der Eingriff vom 23.08.1999 behandlungsfehlerhaft war. Auch für Aufklärungsmängel hierzu spricht nichts.

27

Der Sachverständige Prof. Dr. W. hat ausgeführt, es sei seinerzeit Standard gewesen, von der Streckseite einen solchen Bruch anzugehen. Auch sei damals die Verwendung winkelstabiler Platten noch nicht üblich gewesen und das verwendete Implantat habe dem Stand des Jahres 1999 entsprochen. Dieses Implantat setze jedoch gewisse Grenzen. Es gebe nur drei Löcher für Schrauben. Hier sei eine Hochstößelung des Radius erfolgt und es seien alle drei Säulen der Speiche betroffen gewesen. Dass die intermediäre Säule, d.h. der Anteil, wo das Gelenk gebildet werde, unter diesen Umständen nicht gesondert durch zusätzliche Implantate (K-Draht, Schraubenosteosynthese) abgestützt worden sei, was vielleicht wünschenswert gewesen sei, und dass damit eine Anbindung des nachgesunkenen ulnaren Pfeilers nicht stattgefunden habe, was letztlich zu einer weiteren Sinterung und zu der Verheilung in verkürzter Fehlstellung geführt habe, könne er unter den gegebenen Umständen nicht als Behandlungsfehler werten. Dem stehe nämlich gegenüber eine postoperative Ruhigstellung in einer Oberarmgipsschiene, was eine durchaus gleichwertige Therapieoption darstelle und welche eine zusätzliche Sicherheit gegen eine weitere Sinterung hätte geben müssen. Diese Feststellungen stimmen im Wesentlichen mit den Feststellungen der weiteren mit der Sache befassten Sachverständigen überein. Die Indikation für den Eingriff bestand nach Ansicht aller Sachverständigen. Übereinstimmend sind ferner der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. P. und der vom Kläger beauftragte Sachverständige Prof. Dr. O. zu dem Ergebnis gelangt, dass die Osteosynthese am 23.08.1999 insoweit "fehlerhaft" erfolgt sei, als sie zu einer Rotationsfehlstellung des distalen Radius geführt habe, was auch der Sachverständige Prof. Dr. W. bestätigt hat. Damit freilich ist noch keine Aussage darüber getroffen, dass der Eingriff in haftungsrechtlich relevanter Weise behandlungsfehlerhaft erfolgte. Privatdozent Dr. N. hat sich in seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 13.07.2000 für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen mit der Frage von Behandlungsfehlern im Rahmen der Behandlung bei den Beklagten überhaupt nicht befasst, so dass dessen Ausführungen an dieser Stelle und auch sonst vernachlässigt werden konnten und können. Der Sachverständige der Gutachterkommission Prof. Dr. T. hat eine nicht ausreichende Korrektur der Rotationsfehlstellung überhaupt nicht beanstandet; in seinem Gutachten ist vielmehr nur die Rede von "einer gelungenen anatomischen Reposition", was die postoperativen Röntgenbilder im Wesentlichen belegen. Soweit Prof. Dr. O. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19.11.2007 u.a. die nicht ausreichend korrigierte Rotationsfehlstellung des Radius als einen "gravierenden" Mangel bezeichnet hat, ist er seinen weiteren Feststellungen zufolge offensichtlich nicht von dem noch 1999 vorherrschenden Standard ausgegangen. Seiner Einschätzung fehlt zudem jegliche Begründung; insbesondere ist er der plausiblen und auch von dem vom Senat beauftragten Sachverständigen geteilten Beurteilung Prof. Dr. P. nicht entgegengetreten, dass eine Korrektur aller Fehlstellungskomponenten im Rahmen eines Korrekturingriffs deutlich

28

erschwert sei und längst nicht bei jeder Operation erzielt werden könne. In Übereinstimmung mit den Ausführungen Prof. Dr. W. hat auch Prof. Dr. P. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17.02.2008 dazu unter Hinweis auf die komplizierte Fraktur dargelegt, dass einer anatomischen Reposition und stabilen Fixierung mittel Osteosynthese einerseits wegen der Ausgangsverletzung, andererseits wegen der damals verfügbaren Osteosynthesysteme, was etwa die Anzahl der eingebrachten Schrauben anbelange, Limitationen gesetzt gewesen seien. Bei ihrer Beurteilung haben die Sachverständigen Prof. Dr. T., Prof. Dr. O. und Prof. Dr. P. schließlich offensichtlich nicht berücksichtigt, dass, wie der Sachverständige Prof. Dr. W. dargelegt hat, die mangelnde Stabilisierung durch die Verordnung der Oberarmgipsschiene, die der Kläger bis zu vier Wochen getragen hatte, in gleichwertigem Maße kompensiert worden ist. Dass der dorsale Zugang behandlungsfehlerhaft gewählt worden wäre, ergibt sich weder aus dem Gutachten von Prof. Dr. T. noch aus dem von Prof. Dr. O. Prof. Dr. O. hat die Wahl dieses Zugangs lediglich als nicht die "beste Wahl" bezeichnet und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19.11.2007 dem gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. P. schließlich dahingehend zugestimmt, dass der dorsale Zugang weit verbreitet gewesen, im Übrigen die Wahl des Zugangs aber nicht wichtig sei, sondern es entscheidend auf eine exakte Reposition und eine gute Retention ankomme. Darin, dass der Einsatz winkelstabiler Platten seinerzeit jedenfalls noch nicht üblich bzw. "populär" war, stimmen die Sachverständigen Prof. Dr. P. und Prof. Dr. O. wieder überein, wie im angefochtenen Urteil ausgeführt. Das deckt sich auch mit den Feststellungen Prof. Dr. W's. Schließlich ergibt sich schon aus dem Operationsbericht, dass entgegen der Meinung Prof. Dr. O. eine Rekonstruktion des Retinaculum extensorum nicht unterblieben ist, worauf Prof. Dr. P. hingewiesen hat. Die Ausführung der Rekonstruktion hat Prof. Dr. O. selbst in seinem Gutachten vom 06.12.2005 kritisiert, allerdings in Hinblick auf die Stabilisierung der Fraktur, nicht aber, worauf Prof. Dr. P. ebenfalls hingewiesen hat, in Hinblick auf den korrekten Verschluss des Retinaculums, der anzustreben gewesen sei. Auch Prof. Dr. W. hat die Refixation des ligamentum radioulnare dorsale mittels Einzelknopfnähten – unter Berücksichtigung der postoperativen Ruhigstellung - als nachvollziehbare und nicht behandlungsfehlerhafte Therapie zur Stabilisierung der distalen Radioulnargelenksinstabilität beurteilt.

2. 29
- Nach dem weiteren Ergebnis der Beweisaufnahme ist der Senat jedoch davon überzeugt, dass der zweite Eingriff am 13.12.1999 behandlungsfehlerhaft und mangels ausreichender Aufklärung über Therapiealternativen auch rechtswidrig war. 30
- a) Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. W. lag aus gutachterlicher Sicht nach der ersten Operation am 23.08.1999 als Ausgangsbefund eine in Rotationsfehlstellung verheilte Radiustrümmerfraktur mit Subluxation der Elle nach dorsal bei persistierender Instabilität des ulnocarpalen Komplexes, des Weiteren eine in Radiusverkürzung verheilte Trümmerfraktur mit einem deutlichen Absinken des intermediären Pfeilers vor. Seiner sachverständigen Einschätzung nach habe es sich dabei um eine komplexe Instabilität und Fehlstellung der Radiusbasis gehandelt, die mit einer Ulnaverkürzungs-Osteotomie nicht habe behoben werden können. Mit dem durchgeführten Operationsverfahren habe weder die Rotationsfehlstellung der Radiusbasis noch der vermehrte Radiusbasiswinkel noch die verbliebene Subluxationsstellung der Ulna in ihrem Ursprung behoben werden können. Das durchgeführte Operationsverfahren habe nicht dem allgemein in der Literatur dokumentierten Standard entsprochen. Seiner Ansicht nach sei zum damaligen Zeitpunkt eine Korrektur-Osteotomie des Radius mit vorgeschalteter Arthroskopie der mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit therapeutisch aussichtsreichste Weg gewesen. Bei seiner Anhörung hat 31

der Sachverständige diese Beurteilung weiter dahingehend erläutert, dass bei der Verkürzung der Speiche durch Sinterung und gleichzeitiger Rotationsfehlstellung der Speiche nach dem ersten Eingriff eine bloße Ulnaverkürzungs-Osteotomie nicht angezeigt gewesen sei. Die Verkürzung der Elle führe dann nämlich zu einem Zug an den Bändern, der hier zu einer Fehlstellung der Mittelhand geführt habe und die beim Kläger aufgetretenen Beschwerden erkläre. Auch der Sachverständige Prof. Dr. P. ist zu dem Schluss kommen, dass jedenfalls nicht die alleinige und absolute Indikation für eine Ulnarverkürzung gegeben gewesen sei, sondern durchaus und methodisch wohl eher auch die Indikation für eine Korrektur-Osteosynthese der in Fehlstellung verheilten Fraktur des Radius bestanden habe. Soweit er den durchgeführten Eingriff aufgrund einer Abwägung der jeweiligen Schwere der Eingriffe und dem zu erreichenden Ziel der Schmerzreduzierung gleichwohl als vertretbar und nicht behandlungsfehlerhaft gewertet hat, hat er ersichtlich nicht beachtet, dass – worauf Prof. Dr. W. hingewiesen hat - mit dem durchgeführten Operationsverfahren weder die Rotationsfehlstellung noch der vermehrte Radiusbasiswinkel noch die verbliebene Subluxationsstellung der Ulna in ihrem Ursprung behoben werden konnten und damit letztlich auch keine Schmerzfreiheit erzielt werden konnte. Prof. Dr. O. und Prof. Dr. T. haben die allein nach dem Röntgenbild vorgenommene Verkürzungs-Osteotomie der Ulna sogar als kontraindiziert angesehen und als kein erfolgreiches Konzept zur Beseitigung schmerzhaft eingeschränkter Umwendbewegungen nach distaler Radiusfraktur. Der gegenüber dieser allgemeinen Einschätzung auf Oestern u.a. gestützte Einwand der Beklagten, bei – wie hier - korrekter Gelenkflächenstellung der Speiche sei eine Verkürzung der Elle durchführbar, da als Indikation für eine Korrektur-Osteotomie des Radius bestimmte Gradzahlen im Hinblick auf die Radialdeviation und sagittale Neigung des Radius vorausgesetzt seien, die beim Kläger nicht vorgelegen hätten, lässt schon nicht erkennen, dass derartige Beurteilungsfaktoren für die Indikation dem üblichen fachärztlichen Standard entsprechen. Der Sachverständige Prof. Dr. W. hat dazu erklärt, Oestern habe sich in seinem Werk auf eine bestimmte Gradzahl festgelegt, andere würden das nicht tun. Er selbst operiere nicht nach Winkeln, sondern nach den Beschwerden des Patienten und dem sich bietenden Gesamtbild. Ferner hat er dem Einwand der Beklagten plausibel entgegengehalten, dass eine solche schematische Vorgehensweise dem vorliegenden Fall nicht gerecht werde. Vorliegend sei die Luxation der Elle entscheidend gewesen. Sie habe nach hinten herausluxiert gestanden, was bedeute, dass es sich um eine dreidimensionale Verschiebung gehandelt habe. In dieser Situation sei mit einer Verkürzung der Elle nichts zu gewinnen gewesen.

b) Was die Operation vom 13.12.1999 anbelangt, haften die Beklagten dem Kläger auch unter dem Gesichtspunkt der eigenmächtigen Behandlung, die auch dann anzunehmen ist, wenn die Einwilligung des Patienten in die Behandlungsmaßnahmen nicht von einer ordnungsgemäßen Aufklärung getragen ist. Die am 13.12.1999 durchgeführte Operation war nicht von einer wirksamen Einwilligung des Klägers getragen und damit rechtswidrig. Ärztliche Heileingriffe bedürfen grundsätzlich der Einwilligung des Patienten, um rechtmäßig zu sein. Dies ist Voraussetzung, um das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und sein Recht auf körperliche Unversehrtheit zu wahren. Die dem Kläger erteilte Aufklärung war unzureichend und nicht geeignet, ihn zu einer eigenen eigenverantwortlichen Entscheidung für oder gegen die Operation zu befähigen. Zwar ist über die eigentlichen Risiken des durchgeführten Eingriffs ordnungsgemäß aufgeklärt worden. Auch hat der Beklagte zu 2) den Kläger darüber beraten, dass es fraglich sei, ob durch die Ulnarverkürzungs-Osteotomie eine Verbesserung der Außendrehfähigkeit eintreten könne, und in dem Aufnahmzettell vom 09.12.1999 ist über eine mögliche Bewegungseinschränkung aufgeklärt worden. Präoperativ ist der Kläger – unstreitig - jedoch nicht über die Alternative einer Radiuskorrektur-Osteotomie aufgeklärt worden. Als einzige alternative Möglichkeit wurde ihm nur der Verzicht auf eine

operative Maßnahme genannt. Eine Aufklärung über die Alternative einer Radiuskorrektur-Osteotomie wäre aber erforderlich gewesen, da es sich dabei um eine echte Behandlungsalternative handelte, bei der zudem die Möglichkeit bestand, nicht nur die Symptome, sondern auch die Ursachen der Beschwerden zu beheben. Der Einwand der Beklagten, der Kläger habe die Operation auf eigenen Wunsch durchführen wollen bzw. auf der Durchführung der Operation bestanden, ist ohne Belang, da es bereits an einer ausreichenden Aufklärung des Klägers fehlt. In Anbetracht der erfolgten Aufklärung ohne den Hinweis auf Behandlungsalternativen war der Kläger nämlich gar nicht in der Lage, selbstbestimmt über eine Operationsalternative zu entscheiden. Auch der Einwand einer hypothetischen Einwilligung greift nicht durch. Der Kläger hat zuletzt in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat in jeder Hinsicht plausibel dargelegt, dass er sich im Falle einer ausreichenden Aufklärung über Behandlungsalternativen weiter und andernorts hätte beraten lassen und ggfls. auch einen anderen Operateur gewählt hätte. Den ihr danach obliegenden Beweis einer hypothetischen Einwilligung haben die Beklagten nicht erbracht.

3.

33

Der behandlungsfehlerhafte und rechtswidrige Eingriff vom 13.12.1999 war zumindest mitursächlich für die nachfolgenden Beschwerden und Beeinträchtigungen des Klägers und für die weiteren operativen Eingriffe. Damit kann dahinstehen, ob auch der dritte vom Beklagten zu 2) durchgeführte Eingriff am 16.03.2000, bei dem die Elle iatrogen gebrochen wurde, ebenfalls behandlungsfehlerhaft war, denn die Beklagten haften für diesen Eingriff und seine Folgen als Folge des Eingriffs vom 13.12.1999. Die Indikation bestand in der Entfernung der bei dem vorherigen Eingriff eingebrachten Platte, war also durch die Operation vom 13.12.1999 bedingt. Nach den Erläuterungen Prof. Dr. W.'s ist im Übrigen durch die Ellenverkürzung ein Zug auf die Sehne bzw. ellenseitigen Bänder und dadurch eine Fehlstellung der Hand und eine Einschränkung der Auswendbewegung eingetreten. Damit sei die zweite Operation Grundstein für die deutliche Bewegungseinschränkung gewesen. Aus der dritten Operation sei eine weitere Fehlstellung der Elle resultiert, die nunmehr die Einwendbewegung der Hand beeinträchtigt habe und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch das Ulcus ulnaris-Kompressionssyndrom verursacht habe. Die weiteren Operationen hätten dann letztlich dazu gedient, diese Situation wieder "zurückzubauen". Zu berücksichtigen sei aber auch, dass es bereits durch den Unfall zu einer höchstgradigen Zerstörung des Handgelenks gekommen sei, die häufig nicht ohne Bewegungseinschränkungen verbleibe. Man könne sicher sagen, dass etwa 20 % dieser Operationen nicht optimal gelängen und Restbewegungseinschränkungen verblieben. Im Ergebnis ist der Sachverständige aufgrund dieser Feststellungen und Bewertungen plausibel und nachvollziehbar zu der Schlussfolgerung gelangt, dass die Pro- und Supinationsbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die verbleibende Subluxationsstellung und Rotationsfehlstellung der Radiusbasis zurückzuführen seien. Bei frühzeitiger Behandlung in Form einer Radiuskorrektur hätten die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Besserung gebracht werden können. Andere Beschwerden, die insbesondere mit einer posttraumatischen Arthrose in Zusammenhang gebracht werden könnten, seien hingegen als Folge der Gelenkflächenzerstörung der zugezogenen höchstgradigen distalen Radiusfraktur anzusehen.

34

Zum Nachweis eines Kausalzusammenhangs zwischen dem behandlungsfehlerhaften und rechtswidrigen Eingriff vom 13.12.1999 und den vom Kläger reklamierten weiteren Beeinträchtigungen, die über die vorstehenden Feststellungen hinausgehend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (§ 287 ZPO) auf dem Eingriff vom 13.12.1999 beruhen, wie etwa auch der Herzinfarkt und die rheumatischen Beschwerden, kommen dem Kläger

35

Beweiserleichterungen nicht zugute. Für grobe Behandlungsfehler bei dem Eingriff am 13.12.1999 spricht nach den Erwägungen Prof. Dr. W's bei seiner Anhörung nichts. Auch die Übrigen mit dem Fall befassten Sachverständigen haben den Eingriff vom 13.12.1999 jedenfalls nicht als "grob" behandlungsfehlerhaft gewertet.

4. 36

Dem Kläger steht für die Schäden und Beeinträchtigungen, die mitursächlich durch die am 13.12.1999 fehlerhaft und rechtswidrig durchgeführte Operation entstanden sind, ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000,00 € zu. 37

Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes ist in erster Linie dessen Ausgleichsfunktion zu beachten. Insoweit kommt es auf die Höhe und das Maß der Lebensbeeinträchtigung an. Maßgeblich sind Größe, Heftigkeit und Dauer der Schmerzen, Leiden, Entstellungen und psychische Beeinträchtigungen, wobei Leiden und Schmerzen wiederum durch die Art der Primärverletzung, die Zahl und Schwere der Operationen, die Dauer der stationären und der ambulanten Heilbehandlungen, den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit und die Höhe des Dauerschadens bestimmt werden. Dabei muss die Entschädigung zu Art und Dauer der erlittenen Schäden in eine angemessene Beziehung gesetzt werden. Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes waren demzufolge die bei den Beklagten durchgeführten Operationen vom 13.12.1999 und 16.03.2000 zu berücksichtigen sowie die weiteren andernorts durchgeführten Folgeoperationen, jeweils verbunden mit stationären und zahlreichen ambulanten Behandlungen. Zu berücksichtigen sind weiter die starken Bewegungseinschränkung des Handgelenks und die damit verbundenen Schmerzen, die sich angesichts der hiermit verbundenen Behandlungsdauer von mehreren Jahren über einen beträchtlichen Zeitraum erstreckten. Sie sind durch die vorhandenen Gutachten und beigezogenen Behandlungsunterlagen über die Jahre hinweg in ihrer Schwere auch dokumentiert. Die Beschwerden waren und sind geeignet, die Lebensqualität des Klägers massiv zu beeinträchtigen und zu reduzieren. Erschwerend kommt hinzu, dass der Kläger sich im Zeitraum der Behandlung bei den Beklagten in einer Phase des beruflichen Umbruchs befand. Dass die Beeinträchtigungen im rechten Handgelenk und die zahlreichen ärztlichen Behandlungen ihn dabei behinderten, ist ebenfalls nachvollziehbar. Auch heute noch ist der Kläger, wenn offensichtlich auch in weitaus geringerem Ausmaß als zuvor, in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt, ohne dass noch erhebliche Besserungen zu erwarten wären. Dies bedeutet für den Kläger eine lebenslange Beeinträchtigung der uneingeschränkten Funktionsfähigkeit des rechten Handgelenks mit den entsprechenden Beeinträchtigungen sowohl im Alltagsleben als auch bei seiner beruflichen Tätigkeit und auch bei der Freizeitgestaltung. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass für die erlittenen und fortbestehenden Beschwerden und Beeinträchtigungen auch das Unfallgeschehen an sich mit der schwerwiegenden Trümmerfraktur eine nicht unerhebliche Rolle spielt, was nicht den Beklagten anzulasten ist. Nach einer zusammenfassenden Gesamtschau ist deshalb der Senat der Überzeugung, dass ein Schmerzensgeldbetrag von 25.000,00 € für die bisher eingetretenen und für die Zukunft bereits vorhersehbaren immateriellen Schäden des Klägers angemessen ist. 38

Der zu der begründeten Forderung geltend gemachte Zinsanspruch rechtfertigt sich aus §§ 286 Abs. 1, 288 Abs. 1 ZPO. 39

5. 40

Über die Leistungsklage hinaus ist im Rahmen des zulässigen Feststellungsbegehrens festzustellen, dass die Beklagten dem Kläger aufgrund der fehlerhaften und rechtswidrigen 41

Behandlung am 13.12.1999 auch zum Ersatz solcher immateriellen Schäden verpflichtet sind, die über das hinausgehen, was zum derzeitigen Zeitpunkt an Schadensfolgen für den Kläger bereits absehbar ist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass dem Kläger künftig noch ersatzfähige Nachteile aus der Behandlung entstehen, für die die Beklagten einzustehen haben. Neben dem immateriellen Schaden schuldet die Beklagte ferner Ersatz der möglicher materiellen Schäden.

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 92 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711, 108 ZPO. 42

Streitwert für das Berufungsverfahren: 40.000 € 43

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts nicht erfordert (§§ 542 Abs. 1, 543 Abs. 1, Abs. 2 ZPO). 44
Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits waren überwiegend Tatsachenfragen auf Grundlage medizinischer Feststellungen. Rechtsfragen grundsätzlicher Natur, die über den konkreten Einzelfall hinaus von Interesse sein könnten, haben sich nicht gestellt und waren nicht zu entscheiden.