
Datum: 12.12.2012
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 87/09
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2012:1212.5U87.09.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 522/05

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 29.7.2009 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln – 25 O 522/05 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt der Kläger.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger kann die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte zu 1) vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages leisten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt von den Beklagten wegen behaupteter Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse bei einer endokraniellen chirurgischen Revision der Schädelbasis in der Neurochirurgischen Universitätsklinik der Beklagten zu 1) (im Folgenden: Neurochirurgie) am 9.6.1976 die Feststellung der Ersatzpflicht materieller und künftiger immaterieller Schäden sowie ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 100.000,00 € nebst Zinsen.

Der 1949 geborene Kläger, von Beruf Koch und Weinhändler, erlitt am 29.5.1976 einen Motorradunfall. Notfallmäßig wurde er in das St. B-Krankenhaus in T eingeliefert und von dort wegen der Schwere seiner Verletzungen am selben Tag in die Universitäts-Zahn- und Kieferklinik der Beklagten zu 1), Abteilung für Mund- und Kieferchirurgie (im Folgenden: Kieferklinik) verlegt. In der Kieferklinik wurde der Kläger u.a. von dem damaligen Funktionsoberarzt, dem Zeugen Prof. Dr. Dr. I, Arzt für Mund-Kiefer-Gesicht-Chirurgie/plastische Operationen, Implantations- und Wiederherstellungschirurgie, behandelt. Nach später streitig gewordenen Einzelheiten wurden beim Kläger zunächst diagnostiziert eine zentro-laterale Mittelgesichts-Trümmerfraktur beidseits mit frontobasaler Beteiligung, ein intrakranielles Emphysem, ein Schädel-Hirntrauma II. Grades, Verletzungen im Oberkieferbereich und weitere nicht den Kopf betreffende Verletzungen. Ausweislich der Behandlungsunterlagen der Kieferklinik hatte der Kläger im Zusammenhang mit dem röntgenologisch festgestellten Emphysem unter der frontalen Schädeldecke angegeben, dass etwas von einer wässrig klaren Flüssigkeit aus der Nase gelaufen sei. Ein Liquorabfluss ließ sich durch Druck auf die Vena jugularis externa jedoch nicht provozieren.

Nach konsiliarischer Einschaltung der Ärzte der Neurochirurgie, u.a. des Beklagten zu 2), der damals Oberarzt der Klinik war, erfolgte am 5.6.1976 die Verlegung des Klägers in die Neurochirurgie. Wegen des Verdachts auf eine frontobasale Duraverletzung, die das Risiko einer aufsteigenden Infektion aus der Nasenhöhle über die Verletzung zur Schädelbasis durch die eingerissene Hirnhaut birgt und eine Meningitis mit tödlichem Ausgang hervorrufen kann, führte der Beklagte zu 3) am 9.3.1976 die Revision der vorderen Schädelbasis durch. Wegen der Einzelheiten des Eingriffs wird auf den Operationsbericht vom 9.6.1976 (Bl. 4 der Behandlungsunterlagen der Neurochirurgie) verwiesen. Anschließend wurden in der Kieferklinik die sonstigen Gesichts- und Kieferverletzungen des Klägers operiert. Schon während der stationären Behandlung fiel eine totale Anosmie und eine partielle Ageusie bei gleichzeitig herabgesetzter Empfindung für die vier Geschmacksqualitäten auf. Weitere kieferchirurgische Eingriffe folgten.

Gestützt auf gutachterliche Stellungnahmen des vom Kläger herangezogenen Neurochirurgen Prof. Dr. C und des Zeugen Prof. Dr. Dr. I hat der Kläger zunächst behauptet, dass zwischen den verschiedenen behandelnden Kliniken der Beklagten zu 1) zur Frage von Art und Ausmaß der frontobasalen Verletzungen Uneinigkeit bestanden habe. Die Neurochirurgie, dort der Beklagte zu 2), habe die Auffassung vertreten, dass eine so genannte nasale Liquorrhoe, d.h. ein Abfluss von Hirnwasser aus der Nase, infolge einer Knochenfraktur der sog. Siebbeinplatte vorgelegen habe, die die endokranielle chirurgische Revision der Schädelbasis erfordere. Demgegenüber seien sowohl die Chefarzte als auch die

Oberärzte der HNO- und Kieferklinik aufgrund der verschiedenen Voruntersuchungen der Auffassung gewesen, eine Operation sei nicht indiziert. Unter Hinweis auf die besonderen Risiken im Rahmen der Operation habe der Zeuge Prof. Dr. Dr. I in mehreren Gesprächen in der Neurochirurgie, u.a. mit dem Beklagten zu 2), eindringlich darauf hingewiesen, dass die Operation, wenn überhaupt, nur in der Weise durchgeführt werden sollte, dass der Zugang nicht frontobasal, sondern von der Nase aus zu suchen sei, um das besondere Risiko eines totalen Verlusts des Geruchssinns für ihn, den Kläger, zu vermeiden. Der Beklagte zu 2) habe jedoch entschieden, die Operation in der geplanten Weise durchzuführen. Entsprechend den damaligen gutachterlichen Ausführungen von Prof. Dr. C vom 24.4.2005 (Anlage K 1, SH I) und Prof. Dr. Dr. I (Gutachten vom 25.2.2002, Anlage K 2, SH I; ergänzende Stellungnahme vom 4.6.2005, Anlage K 3, SH I) hat der Kläger behauptet, dass die von den Beklagten beabsichtigte Operation wegen der Luftansammlung in Bereich der Schädelkalotte, die für den Verlust von Nervenwasser aufgrund einer Duraverletzung im Bereich der frontalen Schädelbasis gesprochen habe, durchaus noch vertretbar gewesen sei, auch wenn nach Prof. Dr. Dr. I eine Verletzung im Bereich der lamina cribiformis höchst unwahrscheinlich gewesen sei. Die Art und Weise der Operation sei jedoch nicht lege artis gewesen. Der Geruchsnerv links sei entgegen den Angaben im Operationsbericht nicht laszeriert gewesen. Davon habe sich der Zeuge Prof. Dr. Dr. I, der bei der Operation anwesend gewesen sei, überzeugen können. Der Nerv sei vielmehr erst bei der Zurücknahme des Stirnhirnpols geschädigt und sodann bei weiteren operativen Maßnahmen abgerissen. Fehlerhaft sei darüber hinaus auch das Vorgehen auf der rechten Seite gewesen. Auf der völlig intakten rechten Seite hätten die Muskelstückchen zur Abdeckung etwaiger Duraverletzungen allenfalls auf den Nerv gelegt werden dürfen, da beim Anheben des N. olfaktorius, um diesen zu unterfüttern und die Schädelbasis abzudichten, zwangsläufig die vom Bulbus olfaktorius nach kaudal ziehenden Riechfäden abrissen. Durch die Zerstörung beider Riechnerven bei der Operation sei es zu dem totalen irreversiblen Ausfall seines Geruchssinns gekommen, der vor dem Eingriff noch intakt gewesen sei. Riechnerven seien bei dem Unfall nicht beschädigt worden.

In Auseinandersetzung mit dem vom Landgericht im Rahmen der Beweisaufnahme eingeholten Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. A vom 15.11.2006 (Bl. 127 ff. GA) hat der Kläger sodann erstmals mit Schriftsatz vom 3.4.2007 gestützt auf weitere gutachterliche Stellungnahmen von Prof. Dr. C (Stellungnahme vom 11.1.2007, Bl. 173 ff. GA, nebst Ergänzung vom 14.1.2007, Bl. 191 GA) und Prof. Dr. Dr. I (Stellungnahme vom 31.1.2007, Bl. 163 ff. GA) behauptet, dass seinerzeit erhebliche Zweifel bestanden hätten, ob eine intrakranielle Luftansammlung vorgelegen habe, weshalb heftiger Streit über die Operation und gegebenenfalls über den Zugangsweg bestanden habe. Aufgrund des radiologisch verifizierten Frakturverlaufs hätten erhebliche Zweifel bestanden, ob überhaupt eine Duraverletzung im Bereich der Lamina cribrosa vorgelegen habe. Jedenfalls hätten vor der Schädelöffnung der Ort und die Ursache eines solchen Lufteintritts festgestellt werden müssen. Bei der operativen Schädelöffnung habe sich unter der ca. 6 cm langen, bis auf die Kalotte reichenden, stark blutenden Weichteilwunde, die zuvor sowohl von Prof. Dr. Dr. I als auch nach Verlegung in die Neurochirurgie dort versorgt worden sei, eine Schädelkalottenfraktur mit einem in die Dura eingespießten Knochenstückchen aus der Zersplitterung der inneren Lamelle der Schädeldecke befunden. An dieser Stelle habe eine Duraverletzung vorgelegen, aus der Liquor ausgetreten sei. Ursache der intrakraniellen Luftansammlung frontoparietal beidseits sei daher eine Berstungsfraktur mit Impression der Tabula externa (äußere Schädelplatte) gewesen mit Aussprengung der Tabula interna (innere Schädelplatte) mit einem losen spitzen Knochenfragment eingespießt in die Dura. Der dadurch hervorgerufene kleine Duraeinriss sei damals von dem Beklagten zu 2) unter den Augen des Zeugen Prof. Dr. Dr. I übernäht worden. Bei diesem sich für die Beklagten

ergebenden intraoperativen Befund sei es keinesfalls gerechtfertigt gewesen, die Operation auszuweiten. Eine Indikation für eine bi-frontobasale Freilegung sei nicht gegeben gewesen und erst recht habe kein Anlass bestanden auf der rechten Seite etwas abzudecken, die Riechfäden an der Basis abzureißen und den N. olfaktorius mit einem Muskelstück zu unterfüttern. Dagegen spreche auch, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass es sich bei dem Flüssigkeitsverlust aus der Nase nicht um eine nasale Liquorrhoe gehandelt habe, sondern um eine Sekretion aus den Nebenhöhlen. Auch die Biodynamik der ihn von vorn getroffenen Gewalteinwirkung bei dem Unfall und die Vektoranalyse hätten eine frontobasale Fraktur mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Das werde insbesondere durch die beidseitigen Abrisse der Flügelfortsätze und der (seltenen) Beteiligung der Keilbeinhöhle bestätigt. Solche Frakturverläufe kämen nur bei einer Gewalteinwirkung unmittelbar von vorn vor, die eine Abscherung der Gesichtsschädelbasis bewirke, ohne dass die Schädelbasis dabei in Mitleidenschaft gezogen werde.

Der Kläger hat weiter behauptet, infolge all dessen sei die Behandlung durch die Beklagten grob behandlungsfehlerhaft gewesen. 8

Zur Aufklärungsrüge hat der Kläger vorgetragen, ihm seien im Vorfeld der Operation weder verschiedene Behandlungsalternativen noch die spezifischen Risiken des von den Beklagten gewählten Operationsverfahrens dargelegt worden. Als echte Behandlungsalternative sei auch die Nichtdurchführung der Operation in Betracht gekommen. In Kenntnis dieses Umstandes hätte er, der Kläger, sich keinesfalls ohne weitere Rücksprache und Rückversicherung für die durchgeführte Operation in der Neurochirurgie entschieden, insbesondere dann nicht, wenn ihm die besonderen Risiken der Operation, wie ein Verlust des Geruchs- und Geschmacksinns, deutlich gemacht worden wären. 9

Zu dem von ihm geltend gemachten Schaden hat er behauptet, infolge des Verlusts des Geruchs- und Geschmacksinns sei es zu schwerwiegenden psychischen Belastungen mit Suizidneigung gekommen. Er habe in den Jahren 1976 bis 1982 aus seinem Weinhandel keine Einkünfte erzielt. Hätte er nicht seinen Geruchs- und Geschmackssinn verloren, hätte er spätestens 1978, als er von den übrigen Verletzungen genesen sei, Einkünfte erzielen können. 10

Die Beklagten sind dem Vorbringen des Klägers dem Grunde und der Höhe nach entgegengetreten und haben Klageabweisung beantragt. Der Beklagte zu 2), der im Behandlungszeitraum Beamter auf Lebenszeit war und der Beklagte zu 3) als damals Beamter auf Widerruf haben sich zudem auf den Haftungsausschluss gemäß § 839 Abs. 1 Satz 2 BGB berufen. 11

Wegen der Einzelheiten der tatsächlichen Feststellungen des Landgerichts wird gemäß § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO auf die Ausführungen in dem angefochtenen Urteil (Bl. 617 – 623 GA) Bezug genommen. 12

Nach Durchführung einer Beweisaufnahme durch Einholung eines Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. A vom 15.11.2006 (Bl. 127 ff. GA) nebst ergänzenden Stellungnahmen vom 20.12.2007 (Bl. 234 ff. GA) und vom 3.7.2008 (Bl. 313 ff. GA) und der mit Einverständnis der Parteien erfolgten Anhörung von PD Dr. W im Termin vom 3.12.2008 (Bl. 398 ff. GA) hat das Landgericht die Klage abgewiesen, weil nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme weder Behandlungsfehler erwiesen seien noch die Aufklärungsrüge durchgreife. Eine Haftung der Beklagten zu 2) und zu 3) scheide darüber hinaus auch nach § 839 Abs. 1 Satz 2 BGB aus. Wegen der Einzelheiten der Gründe wird wiederum auf die 13

Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung (Bl. 620R – 623 GA) verwiesen.

Der Kläger hat gegen das Urteil frist- und formgerecht Berufung eingelegt und sein Rechtsmittel, mit dem er seine erstinstanzlichen Klageanträge weiterverfolgt, begründet. 14

Unter Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Sachvortrages rügt der Kläger, dass das angefochtene Urteil bestimmt werde durch zwei Fehldiagnosen und eine vom Landgericht zu Unrecht angenommene hypothetische Einwilligung. 15

Das Landgericht habe sich in seinem Urteil lediglich auf Verdachtsäußerungen des gerichtlichen Sachverständigen gestützt, der zudem aufgrund seines jungen Alters zur Beurteilung der Vorgänge aus dem Jahr 1976 nicht geeignet gewesen sei. Ferner sei das Landgericht von nicht bewiesenen Tatsachen ausgegangen. Es sei nicht ausreichend berücksichtigt, dass die intrakranielle Luftansammlung durch eine Berstungsfraktur im Stirn-/Scheitelbereich bedingt gewesen sei, nicht aber durch einen Liquorabfluss in der Nase. Außerdem sei nicht ausreichend berücksichtigt, dass eine Liquorfistel, die die Operation angeblich so dringend indiziert habe, nie nachgewiesen worden sei. Typische diagnostische Hinweise, wie die Angabe des Patienten, dass beim Vorwärtsbeugen des Kopfes Flüssigkeit aus der Nase laufe und morgens nach dem Aufwachen das Kopfkissen nass sei, sowie der röntgenologische Nachweis frontobasaler Luftansammlung seien nicht vorhanden gewesen. Die Annahme einer frontobasalen Liquorfistel sei eine eindeutige Fehldiagnose gewesen. Der Verdacht sei allein wegen der Luftansammlung geäußert worden, wobei die Verletzung an der Schädelkalotte als ebenso mögliche Eintrittspforte geflissentlich übergangen worden sei. Es sei auch nicht zutreffend, dass er eine Mittelgesichts-Trümmerfraktur mit frontobasaler Beteiligung Typ Le Fort III erlitten habe. Eine frontobasale Beteiligung habe nicht vorgelegen. Vor der spezifischen Diagnostik habe lediglich ein grundsätzlicher Verdacht bestanden, der nicht bestätigt worden sei. Eine frontobasale Verletzung sei durch die im Radiologischen Institut der Beklagten zu 1) durchgeführten Untersuchungen vielmehr definitiv ausgeschlossen worden. Zudem sei eine frontobasale Beteiligung bei dem hier vorliegenden Unfallmechanismus und der Analyse der Krafteinwirkung von oben nach unten auf das Kopfskelett bereits theoretisch ausgeschlossen, was näher ausgeführt wird. Die Anatomie des Schädels schließe danach eine mediale frontobasale Fraktur mit Duraverletzung im Bereich der Lamina cribrosa definitiv aus. Mit einer Gewalteinwirkung, wie sie für eine frontobasale Fraktur mit Durariss erforderlich sei, könne weder die Kopf-Riss-Quetschwunde erklärt werden, mit ihr werde vielmehr eine mediane Frontobasisfraktur mit Durariss ausgeschlossen, noch die typische Abrissfraktur des Gesichtsskeletts nach Le Fort III. Die nach dem Unfall dokumentierte commotio und die nur kurze Bewusstlosigkeit seien ebenfalls ein eindeutiger Hinweis auf eine nur geringe Belastung des Gehirns; bei einer frontobasalen Fraktur sei jedoch eine Gewalteinwirkung erforderlich, die so groß sein müsse, dass es immer zu einer Contusio mit typischer Symptomatik und längerer Bewusstlosigkeit komme. Im Verlauf des Berufungsverfahrens behauptet der Kläger darüber hinaus, er sei nach dem Unfall überhaupt nicht bewusstlos gewesen. Entgegen den Feststellungen des Landgerichts habe er auch nicht angegeben, es sei ihm eine wässrig klare Flüssigkeit aus der Nase gelaufen. Er habe lediglich erklärt, dass nach dem Unfall die Nase „zu“ gewesen sei und bei der Absaugung altes Blut gefunden worden sei. Dementsprechend und den Behandlungsunterlagen zufolge sei die Neurochirurgie allein wegen der Luftansammlung zugezogen worden. Diese sei bei der konsiliarischen Untersuchung der Ansicht gewesen, dass die Luft nur durch eine Verletzung der harten Hirnhaut eingedrungen sein könne. Die Verletzung im Scheitelbereich habe sie als harmlose, bereits versorgte und unauffällige Weichteilverletzung interpretiert. Daher habe sie geschlussfolgert, dass die Luft mangels anderer Verletzungen nur über die Frontobasis eingedrungen sein könne, wobei sie 16

allerdings nicht habe erklären können, weshalb sich die Luftansammlung in der Höhe des Scheitels und nicht basal befunden habe. Trotz jeweils negativ verlaufender intensiver spezieller Diagnostik sei rückschließend fälschlicherweise als Rechtfertigung für einen operativen Eingriff ein Durariss an der Schädelbasis konstruiert worden, obwohl dieser Durariss sich unter der nicht beachteten Schädeldecke befunden habe. Nach der Dokumentation in den Behandlungsunterlagen der Neurochirurgie sei eindeutig eine Durazerreißung im Bereich der Frontobasis ausgeschlossen gewesen. Entgegen den Feststellungen des Landgerichts habe sich Prof. Dr. Dr. I und mit ihm die von ihm konsiliarisch eingeschaltete HNO-Klinik ausdrücklich stets gegen jedwede Operation im Bereich der Schädelbasis ausgesprochen. Dabei habe die HNO-Klinik dringend zu einem weiteren Abwarten und Beobachten geraten, was bereits seit 1965 Routine und Standard gewesen sei. Eine vitale Indikation habe auf der Grundlage der Situation und dem Stand der Wissenschaft nicht bestanden, zumal nach veröffentlichten Behandlungsergebnissen in der damals aktuellen Fachliteratur mehr nicht operierte Patienten die Verletzung ohne Komplikationen überlebt hätten. Die Letalität habe bei weit unter 20 % gelegen. Es seien weniger Komplikationen und Behinderungen nach Meningitiden beobachtet worden als nach einer Operation, was wiederum näher ausgeführt wird. Demzufolge bedürften kleinere Duraverletzungen keiner Intervention; sie heilten in der Regel spontan, was auch bei nachgewiesener Liquoristel gelte, so dass zunächst unter antibiotischer Abdeckung mehrere Wochen abgewartet werde. Eine Operationsindikation hätte nur dann bestanden, wenn tatsächlich ein Liquorrhoe sistiert hätte. Als im interkollegialen Gespräch der Zugang zur Sprache gekommen sei, habe Prof. Dr. S (HNO) außerdem erklärt, dass bei einer Operation, wenn sie überhaupt in Betracht käme, nur der nasale Zugang zu verantworten sei, da dieser mit den geringsten bzw. gar keinen Risiken für eine Schädigung der Riechnerven verbunden sei. Dennoch sei die Operation angeordnet worden. Die Frage, warum der hochrisikoreiche Eingriff von den Neurochirurgen intrakraniell mit dem Risiko eines Geruchsverlusts und einer damit einhergehenden Berufsunfähigkeit und nicht von den HNO-Ärzten extrakraniell vorgenommen worden sei, sei vom Landgericht fehlerhaft nicht erörtert worden. Weiter behauptet der Kläger, die im Operationsbericht erwähnten Läsionen seien erst durch übermäßige Elektrokoagulation und intensives Absaugen entstanden. Prof. Dr. Dr. I habe beobachtet, dass es bei der Freilegung und Darstellung der linken Seite zu einer schwer zu stillenden Blutung gekommen sei, die nach dem Operationsbericht durch Koagulation nicht habe gestillt werden können. Erst nach mehreren vergeblichen Versuchen sei die Blutungsquelle nach intensivem Absaugen dargestellt und mittels Silberclip verschlossen worden. Die beschriebenen Laszerationen seien zweifelsfrei durch die massiven Koagulationen verursacht worden. Für eine traumatische Gewebeschädigung durch den Unfall sei kein einziges Zeichen gefunden worden, in dem Operationsbericht auch nicht dargestellt. Außerdem behauptet der Kläger Organisationsmängel, weil der Beklagte zu 3) ihn operiert habe, ohne ihn zuvor gesehen und untersucht zu haben.

Der Kläger rügt ferner, dass das Landgericht nicht den sachverständigen Zeugen Prof. Dr. Dr. I vernommen und nur auszugsweise Behandlungsunterlagen der Beklagten beigezogen habe. Entscheidungserhebliche Befunde und Behandlungsunterlagen der mitbeteiligten Kliniken, etwa betreffend nuklearmedizinische Untersuchungen und durchgeführte Geruchsprüfungen, würden von den Beklagten vorenthalten. Er meint, die Nichtdokumentation eines Geruchsausfalls sei jedenfalls ein eindeutiges Indiz für eine präoperative intakte Geruchswahrnehmung. Bei Zweifel daran, dass die Geruchsbeeinträchtigung durch die Operation verursacht worden sei, hätte das Landgericht auch die beteiligten Kliniken/Untersucher und die angebotenen Zeugen hören müssen. Außerdem hätte das Landgericht sich nicht auf eine rein neurochirurgische Beweiserhebung beschränken dürfen, sondern auch die Fachgebiete HNO und Neurologie berücksichtigen

müssen.

Zur Aufklärung meint der Kläger, sie sei nicht nur nicht ordnungsgemäß, sondern schlichtweg falsch gewesen. Dem von ihm präoperativ angegebenen Erhalt des Geruchssinns hätte der Operateur bei dem gewählten operativen Verfahren postoperativ einen vollständigen Verlust des Geruchssinns und somit eine Berufsunfähigkeit als Koch entgegen setzen müssen. Entgegen der Annahme des Landgerichts wäre er bei einer korrekten Aufklärung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in einen Entscheidungskonflikt geraten und hätte einen operativen Eingriff überhaupt nicht bzw. wenn überhaupt, bei einer angeblich notwendigen Operation nur den risikoärmeren extrakraniellen Eingriff durch HNO-Ärzte vornehmen lassen. 18

Mit Schriftsatz vom 15.2.2010 (Bl. 779 ff. GA) rügt der Kläger schließlich die Abweisung seiner Klage gegen den Beklagten zu 3) wegen des Haftungsausschlusses gemäß § 839 Abs. 1 Satz 2 BGB. 19

Der Kläger beantragt, 20

unter Abänderung des erstinstanzlichen Urteils 21

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld aus der fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung vom 9.6.1976 zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 100.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz – mindestens verzinslich jedoch mit 7 % Zinsen – aus 50.000,00 € seit dem 26.10.2004 sowie aus den verbleibenden 50.000,00 € seit Rechtshängigkeit; 22

2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche künftigen immateriellen sowie alle vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die ihm aus der fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung vom 9.6.1976 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden. 23

Die Beklagten beantragen, 24

die Berufung zurückzuweisen. 25

Die Beklagten verteidigen das angefochtene Urteil und treten dem Berufungsvorbringen des Klägers im Einzelnen entgegen. Sie meinen zudem, dass die Berufung gegen die Beklagten zu 2) und zu 3) bereits unzulässig sei, da die Klageabweisung insoweit auch in Hinblick auf § 839 Abs. 1 Satz 2 BGB erfolgt sei, der Kläger mit der Berufung dagegen jedoch nichts vorgebracht habe. 26

Wegen aller weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Parteien im Berufungsverfahren wird auf die im Berufungsrechtszug gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren. 27

Mit rechtskräftigem Teilurteil vom 9.6.2010 (Bl. 898 ff. GA) hat der Senat die Berufung des Klägers gegen das angefochtene Urteil, soweit sie sich gegen die Beklagten zu 2) und zu 3) gerichtet hat, als unzulässig verworfen und die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 2) und zu 3) im Berufungsverfahren dem Kläger auferlegt, weil die Berufung insoweit nicht den 28

Anforderungen des § 520 Abs. 3 ZPO genügt hat.

Weiter hat der Senat nach Beiziehung weiterer Behandlungsunterlagen Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen Prof. Dr. Dr. I, Prof. Dr. L und Prof. Dr. S2 sowie durch Einholung eines Sachverständigengutachtens und Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. Q. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsprotokolle vom 29.9.2010 (Bl. 954 ff.), 16.2.2011 (Bl. 1154 ff. GA) sowie 10.10.2012 (Bl. 1357 ff. GA) und auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Q vom 25.1.2012 (Bl. 1263 ff. GA) Bezug genommen.

II. 30

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung gegenüber der Beklagten zu 1) ist zulässig. In der Sache hat sie jedoch keinen Erfolg. 31

Das Landgericht hat die Klage zu Recht und mit im Ergebnis zutreffenden Erwägungen abgewiesen. Das angefochtene Urteil beruht weder auf einer Rechtsverletzung noch rechtfertigen die nach § 529 ZPO zugrunde zu legenden Tatsachen eine andere Entscheidung (§ 513 Abs. 1 ZPO). Ansprüche des Klägers im Zusammenhang mit dem Eingriff vom 9.5.1976 in der Neurochirurgischen Universitätsklinik der Beklagten zu 1) kommen auch nach der ergänzenden Beweisaufnahme durch den Senat weder unter dem Gesichtspunkt eines ärztlichen Behandlungsfehlers noch wegen fehlerhafter Aufklärung in Betracht. 32

1. 33

Auch unter Berücksichtigung des Ergebnisses der vom Senat im Berufungsrechtszug veranlassten weiteren Sachaufklärung hat der Kläger nicht zu beweisen vermocht, dass die endokranielle chirurgische Revision der Schädelbasis in der Neurochirurgie am 9.6.1976 behandlungsfehlerhaft war. Maßgeblich für die Beurteilung der Behandlung ist die neurochirurgische Sicht, da sich die nach § 276 BGB vertraglich wie deliktisch geschuldete im Verkehr erforderliche Sorgfalt grundsätzlich nach dem medizinischen Standard des jeweiligen Fachgebietes bestimmt und der behandelnde Arzt diejenigen Maßnahmen ergreifen muss, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs vorausgesetzt und erwartet werden (vgl. nur BGH VersR 1995, 659 m.w.N.). 34

a) Aus der damit maßgeblichen neurologischen Sicht war der Eingriff vom 9.6.1976 indiziert. 35

In Übereinstimmung mit der Beurteilung der erstinstanzlich vom Landgericht als Sachverständige beauftragten Fachärzte für Neurochirurgie Prof. Dr. A, Ärztlicher Direktor der Neurochirurgischen Universitätsklinik G, und PD Dr. W hat auch der vom Senat im Einvernehmen der Parteien beauftragte Sachverständige Prof. Dr. Q, Leiter der Abteilung für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Rostock, die Indikation für den operativen Eingriff am 9.6.1976 bejaht. Prof. Dr. Q ist im Rahmen seiner Begutachtung zu dem Ergebnis gelangt, angesichts der im Fall des Klägers vorgelegenen Befundkonstellation, d.h. adäquates Trauma, berichteter Fluss wässrig-klarer Flüssigkeit aus der Nase, beidseitige zentrolaterale Mittelgesichtsfraktur und Jochbeinbodenfraktur links sowie eine frontomedian gelegene Luftansammlung intrakraniell, sei nach damaliger neurochirurgischer Lehrmeinung der operative Eingriff absolut indiziert gewesen; keinen operativen Eingriffen bei dieser Konstellation vorzunehmen, wäre nach gängiger Lehrmeinung ein grober Fehler gewesen. 36

37

aa) Zur Indikation hat der Sachverständige Prof. Dr. Q in seinem schriftlichen Gutachten vom 25.1.2012 (Bl. 1263 ff. GA) zunächst abstrakt erläutert, dass bei etwa 2 % aller Schädelverletzungen bzw. 5-10 % aller schweren Schädel-Hirn-Traumen eine fronto-rhinobasale Fraktur vorliege. Bei einem Teil dieser Verletzungen komme es dazu, dass durch einen Bruch der vorderen mittleren Schädelbasis eine offene Verbindung zwischen dem Nasenraum und dem Inneren des Schädels hervorgerufen werde. Durch diese offene Verbindung könnten Bakterien in das (ansonsten sterile) Schädelinnere eindringen und zu einer Hirnhautentzündung (Meningitis) oder einer abgekapselten Infektion (Hirnabszesse oder subdurales Empyem) führen. Auf die Verhütung einer derartigen Komplikation stütze sich die Behandlungsnotwendigkeit einer solchen offenen Verbindung. Mit diesem Ansatz stimmt Prof. Dr. Q mit der Meinung aller anderen, mit diesem Fall befassten medizinischen Sachverständigen überein. Unter vorherigem Hinweis auf die Verletzungen, wie sie sich der Kläger sich bei dem Unfall zugezogen habe, insbesondere ausgedehnte Weichteilverletzungen im Gesicht, ein Schädelhirntrauma, eine knöcherige zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur mit Oberkieferbodenbeteiligung, Nasenbeinfraktur und Einbruch der hinteren Kieferhöhlenwand mit Verdacht auf eine frontobasale Schädelfraktur, d.h. einem Abriss des Gesichtsskeletts unmittelbar unterhalb des Stirnbeins (Nasenfortsatz) an der Knochennaht zum Nasenbein, hat etwa auch Prof. Dr. I in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 14.12.2004 (Bl. 387 ff. GA; siehe auch seine Stellungnahme vom 31.1.2007, Bl. 163 ff. GA) ausgeführt, die entscheidende Frage bei einer solchen Verletzung sei die Vermeidung einer so genannten aufsteigenden Infektion aus der Nasenhöhle über die Verletzung zur Schädelbasis durch die eingerissene Hirnhaut in die Schädelhöhle mit der Folge der Infektion der Hirnhäute (Meningitis) und des Gehirns (Enzephalitis) – mit der Gefahr bleibender Schäden, die absolut ernst zu nehmen seien (Debilität, Inbecilität, Anfallsleiden ...). Um eine solche Infektion zu verhindern, habe damals als Routineoperation ein Verschluss mit Übernähung, Tamponade und Verklebung bzw. Kombinationen gegolten. Auch Prof. Dr. C hat in seinem Gutachten vom 24.4.2005 (Anlage K 1, SH I) dargelegt, dass es bei der Traumatisierung zum Einreißen der harten Hirnhaut kommen (könne), wobei es durch den Einstrom von Bakterien in ca. 50 % der Fälle als Frühkomplikation zur Meningitis (Hirnhautentzündung) und als Spätkomplikation zum Empyem oder zu Hirnabszessen kommen könne. Eine Verletzung der basalen Dura werde deshalb in der Neurochirurgie wie ein offenes Schädelhirntrauma versorgt und Erfahrungen in der Kriegschirurgie hätten gelehrt, dass die Prognose eines Patienten umso besser sei, je frühzeitiger der Defekt geschlossen werde. Dies hat er nochmals in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 11.1.2007 (Bl. 173 ff. GA) bestätigt und ausgeführt, dass im konkreten Fall die Indikation zu dem operativen Eingriff aufgrund der intrakraniellen Luftansammlung, die eine Duraverletzung voraussetze, gegeben gewesen sei.

bb) Ausgehend von diesen Grundsätzen hat der Sachverständige Prof. Dr. Q für den Fall des Klägers auch ohne den direkten Nachweis einer offenen frontobasalen Verletzung, wie er etwa durch den gesicherten Austritt von Nervenwasser aus der Nase erfolgen könne, nach damaligem neurochirurgischen Standard den streitgegenständlichen Eingriffen als indiziert erachtet. Dazu hat Prof. Dr. Q erläutert, ohne sicheren Nachweis des Austritts von Nervenwasser und/oder Hirnbrei aus der Nase gebe es nur indirekte Methoden, eine solche behandlungsbedürftige offene Verletzung nachzuweisen. Als indirekter Nachweis hätte das Vorhandensein von Luft im Schädelinneren gegolten, da Luft dort normalerweise nicht vorhanden sei. Ebenfalls verdächtig für eine offene frontobasale Verletzung sei das Auftreten einer Hirnhautentzündung nach einem solchen Trauma. Brüche der Schädelbasis hätten sich seinerzeit bildgebend auf Nativ-Röntgenaufnahmen des Schädels oder entsprechenden Schichtaufnahmen nachweisen lassen. Diesen Methoden sei jedoch zu Eigen, dass sie von relativ geringer Spezifität und Sensitivität seien. So werde zum Beispiel Austritt von

Nervenwasser oft nur vorübergehend beobachtet, könne auch häufig trotz offener Verbindung fehlen. Andererseits könnten ausgedehnte Brüche der Schädelbasis ohne eine offene Verbindung vorhanden sein. Daher beruhe die Indikation zur Behandlung immer auf der Kombination verschiedener mehr oder weniger beweiskräftiger klinischer Anzeichen oder Untersuchungsergebnisse. Als Hinweise, die das Vorliegen einer offenen frontobasale Verletzung bei dem Kläger wahrscheinlich gemacht hätten, seien Art, Richtung und Ausmaß der bei dem Unfall erlittenen knöchernen Verletzungen, die geeignet gewesen seien, eine offene Verbindung an der Schädelbasis herbeizuführen. Ferner sei über den Kläger berichtet worden, dass vorübergehend wässrige Flüssigkeit aus der Nase abgetropft sei. Und schließlich sei mittels einer Schädelaufnahme intrakraniell frontomedian Luft nachgewiesen worden. Diese Befunde in Kombination, auch wenn jeder einzelne durch andere Mechanismen erklärt werden könne, hätten seinerzeit - und auch heute - die Indikation für das aktive neurochirurgische Vorgehen ergeben.

cc) Diese Einschätzung zur hier gegebenen Indikation für den neurochirurgischen Eingriff, die von den erstinstanzlich beauftragten gerichtlichen Sachverständigen als Fachärzte für Neurochirurgie geteilt wird, wird durch die entgegenstehende Meinung des Klägers, die dieser auf die gutachterlichen Stellungnahmen von Prof. Dr. Dr. I und Prof. Dr. C stützt, nicht erschüttert. Die gerichtlichen Sachverständigen, insbesondere Prof. Dr. Q, haben zur Überzeugung des Senats anschaulich und nachvollziehbar die Indikation für den Eingriff mit den seinerzeit erhobenen Befunden begründet, die eine offene frontobasale Verletzung wahrscheinlich machten, wenngleich sie diagnostisch nicht bewiesen war. Anhaltspunkte, die trotz dieser Hinweise auf eine (mögliche) offene frontobasale Verletzung eine solche Verletzung sicher ausgeschlossen hätten, lagen demgegenüber nicht vor. Damit ist es ohne weiteres einleuchtend, dass die Operation in Anbetracht der möglichen schweren Folgen einerseits, die eine offene frontobasale Verletzung mit sich bringen konnte, sowie die seinerzeit weniger effektiven antibiotischen Behandlungsmöglichkeiten zur Vermeidung der gefürchteten lebensgefährlichen Infektionen andererseits indiziert war. Die dagegen erhobenen Einwände seitens Prof. Dr. Dr. I und Prof. Dr. C sind hingegen geprägt durch die bei und nach der Operation, teils auch ganz erheblich später durch neuere diagnostische Mittel gewonnenen Erkenntnisse, durch die die Indikation (möglicherweise) rückblickend in Zweifel gezogen werden könnte, ohne dass dies aber für die gebotene Sicht ex ante von Bedeutung wäre. Deshalb muss den damit im Zusammenhang stehenden neueren Befunden und Beweisangeboten des Klägers nicht weiter nachgegangen werden.

(1) So zeigte sich etwa die von Prof. Dr. Dr. I beschriebene (angebliche) Berstungs- bzw. Impressionsfraktur der Schädelkalotte unstreitig erst während der Operation. Präoperativ bestanden dafür keine Anhaltspunkte. Weder war sie Prof. Dr. Dr. I selbst bei der Versorgung der Kopfplatzwunde an derselben Stelle aufgefallen noch fanden sich ausweislich des Röntgenbefundes Hinweise darauf in den Röntgenaufnahmen vom 1.6.1976. Bei dieser - nach der Beurteilung von Prof. Dr. Q – umfangreichen Röntgen-/Nativdiagnostik (Schädelaufnahmen in zwei Ebenen, Orbita-, Nasennebenhöhlen-, OPG-, Jochbogenvergleichsaufnahmen, Unterkieferaufnahmen halb axial) zeigte sich ausweislich des Befundberichts eine beidseitige zentrolaterale Mittelgesichtsfraktur, Jochbogenfraktur links, Luftansammlung innerhalb der Schädelkalotte mit dem Zusatz "(Durariß fronto-basal)" (vgl. den Röntgenbefund vom 3.6.1976, Bl. 66 des Auszugs aus den Behandlungsunterlagen der Kieferchirurgie). Die eventuell vorhandene, von Prof. Dr. Dr. I beschriebene und als Zeuge bekundete Impressionsfraktur konnte daher aus der gebotenen Sicht ex ante auf die Indikation keinen Einfluss haben.

Selbst Prof. Dr. Dr. I und Prof. Dr. C haben in dem überwiegenden Teil ihrer Stellungnahme die Indikation für den neurochirurgischen Eingriff ohnehin nicht deswegen in Abrede gestellt; sie waren vielmehr der Ansicht, dass die Operation nicht hätte weiter fortgeführt werden dürfen und die Schädelbasisrevision nicht mehr indiziert gewesen sei, nachdem sich nach Freilegung und Eröffnung der Schädelkalotte aufgrund einer schräg verlaufenden Berstungsfraktur mit erheblicher Impression der tabula externa eine Aussprengung der tabula interna mit einem losen, spitzen Knochenfragmente gezeigt habe, welches in die Dura eingespießt gewesen sei und wo sich Liquor entleert habe, und nachdem der daraus resultierende kleine Durariss übernäht worden sei (gutachterliche Stellungnahme vom 31.1.2007 von Prof. Dr. Dr. I, Bl. 163 ff. GA; Ergänzung vom 14.1.2007 zur gutachterlichen Stellungnahme vom 11.1.2007 von Prof. Dr. C, Bl. 212 GA; gutachterliche Stellungnahme vom 13.4.2007 von Prof. Dr. C, Bl. 188 ff.). Dazu hat Prof. Dr. Q in seinem schriftlichen Gutachten freilich dargelegt und bei seiner Anhörung im Termin am 10.10.2012 vor dem Senat näher und nachvollziehbar erläutert, dass die von Prof. Dr. Dr. I beschriebene Impressionsfraktur die Luftansammlung nicht erklären würde, da offene Impressionsfrakturen aufgrund des intrakraniellen Druckes im Allgemeinen nur zu winzigen, bläschenförmigen Luftansammlungen im unmittelbaren Nachbarschaftsbereich zur Fraktur führten und sich nach Verschluss der Wunde rasch resorbierten. Er hat auch bezweifelt, dass derart kleine Luftansammlungen überhaupt mit der damaligen Röntgentechnik nachweisbar gewesen seien. Seiner Einschätzung nach sei eine durch eine Impressionsfraktur verursachte Luftansammlung nur möglich, wenn es eine entsprechende Öffnung sowohl der Kopfhaut als auch des Knochens als auch der Hirnhaut gegeben hätte (vgl. Seite 3 f. des Sitzungsprotokolls, Bl. 1370 ff., 1371 f. GA). Letzteres war aber unstreitig nicht der Fall. Der Einwand des Klägers in diesem Zusammenhang, dass für die Größe der Luftansammlung, auf die der Sachverständige Prof. Dr. Q bei seinen Erläuterungen abgestellt habe, keine konkreten Anhaltspunkte bestünden, geht ins Leere. Denn die Differenzierungen des Sachverständigen hinsichtlich des Ausmaßes der Luftansammlung ergeben sich hier ersichtlich daraus, dass im Falle des Klägers eine Luftansammlung röntgenologisch gesichert worden war, wohingegen Luftansammlungen, wie sie durch die beschriebene Impressionsfraktur entstanden sein könnten, seinerzeit bildgebend eher nicht zu sehen waren. Dies ergibt sich aus den Ausführungen in seinem schriftlichen Gutachten und ist insoweit vom Sachverständigen bei seiner Anhörung nochmals bekräftigt worden, allerdings insoweit nicht mehr protokolliert. Abgesehen von den Einwänden über das vermeintlich nicht festgestellte Ausmaß der Luftansammlung sind klägerseits diese Erläuterungen des Sachverständigen auch nicht weiter angegriffen worden.

(2) Die Frage der Indikation ist darüber hinaus nicht deshalb anders zu beurteilen, weil sich letztlich eine frontobasale Verletzung nicht bestätigt hatte. Die Klägerseite stützt sich auch hierbei wiederum auf eine retrospektive Betrachtungsweise und verkennet, dass präoperativ durchaus der Verdacht auf eine frontobasale Beteiligung bestand. Dies ergibt sich eindeutig aus dem Befund vom 3.6.1976 über die Tomographie des Mittelgesichts und der Frontobasis (vgl. den Befundbericht vom 3.6.1976, Bl. 63 f. des Auszugs aus den Behandlungsunterlagen der Kieferklinik). Danach zeigten sich u.a. Konturunterbrechungen und Stufenbildungen am Boden der rechten Stirnhöhle, ganz lateral, am Boden der Stirnhöhle median und paramedian beiderseits und im Bereich der Nasenwurzel. Dieser Befund wurde dahingehend beurteilt, dass sich die bei dem Patienten nachgewiesene zentrale und beidseits laterale Mittelgesichtsfraktur median und paramedian beidseits sowie rechts im lateralsten Anteil der Stirnhöhle auch nach frontobasal erstreckte. Nachdem damit röntgenologisch eindeutige Zeichen einer Beteiligung der Frontobasis bestanden, kommt es auf die von Prof. Dr. Dr. I angeführte Unfallkinetik nicht an. Selbst wenn sich daraus theoretisch bestimmte Verletzungsschemata ableiten lassen, können dadurch letztlich Hinweise auf mögliche

Verletzungen, die sich aufgrund sonstiger Untersuchungsmethoden, etwa klinisch oder – wie hier – bildgebend, zeigten, nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Zudem hat Prof. Dr. Q in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, dass zwar umfangreichere knöcherne Verletzungen eine offene Verbindung zwischen Nasendach und Schädelinnerem wahrscheinlicher machten und eher median und basal gelegene Brüche der Schädelbasis häufiger zu einer offenen Verbindungen führten als solche, die mehr lateral gelegen seien, sich letztlich aber allein anhand der knöchernen Verletzungen nie sicher beweisen lasse, dass ein indirekt offenes Schädel-Hirn-Trauma mit Behandlungsnotwendigkeit vorliege. Ihm seien aus eigener klinischer Erfahrung zahlreiche Fälle bekannt, bei denen ein sicherer Liquorfluss aus der Nase beobachtet worden sei, aber keine knöcherne Verletzung vorgelegen habe, sondern lediglich ein Abriss der Riechfäden an der Schädelbasis. Andererseits könnten selbst ausgedehnte knöcherne Verletzungen so gelegen sein, dass nie eine offene Verbindung mit Liquorfluss resultiere, eine Behandlungsnotwendigkeit also nicht gegeben sei (Seite 9 seines Gutachtens vom 25.1.2012, Bl. 1271 GA). Ähnlich hatte Prof. Dr. C noch in seinem Gutachten vom 24.4.2005 (Anlage K 1, SH I) ausgeführt, Vorzuglokalisationen für frontobasale Frakturen seien 1. die Stirnhöhlenhinterwand, 2. die Siebbeinplatte, 3. die Keilbeinhöhle. Nach der Häufigkeit und aufgrund der Luftansammlung fronto-median-präzentral sei in erster Linie eine Verletzung der Siebbeinplatte in Frage gekommen, wenngleich auch eine Fraktur im lateralen Anteil der Stirnhöhle vermutlich nach frontobasal gereicht habe und die Luft auch diesen Weg in den Schädelinnenraum hätte nehmen können (vgl. Seite 9 des Gutachtens, Anlage K 1, SH I). Und auch Prof. Dr. Dr. I hatte ursprünglich eine Stirnhöhlen(hinterwand)fraktur (vgl. die Stellungnahmen vom 12.2.2005, SH I, sowie vom 4.6.2005, Anlage K 3 SH I) als Ursache für die Luftansammlung als klinisch, röntgenologisch und intraoperativ bewiesen bestätigt.

(3) Nach den weiteren Feststellungen der gerichtlichen Sachverständigen entfiel die Indikation nicht deshalb, weil kein (weiterer) Liquorfluss festgestellt worden war. Mit seinen Einwänden insbesondere im Schriftsatz vom 7.11.2012 (Bl. 1416 ff. GA) zu der entsprechenden Beurteilung des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. Q berücksichtigt der Kläger zum einen nicht die gebotene Gesamtbetrachtung der erhobenen Befunde, die – wie vorstehend dargelegt – mangels direktem Nachweis einer offenen frontobasalen Verletzung erforderlich war. Danach bestand auch ohne sicheren Nachweis eines Liquorflusses aufgrund der weiteren Befunde wie die röntgenologisch festgestellte Luftansammlung und der röntgenologisch festgestellte Verdacht auf eine frontobasale Verletzung die Gefahr einer offenen frontobasale Verletzung. Auch Prof. Dr. Dr. I selbst hat noch in seiner Stellungnahme vom 4.6.2005 (Anlage K 3, SH I) angegeben, dass die Indikation zum Eingriff zwar kontrovers zu stellen sei, insbesondere wenn eine Differenzierung zwischen Sekretabfluss aus dem Mittelgesichtstrauma über die Nase nicht von Hirnwasserabfluss unterschieden werden könne. Die Indikation selbst sei deshalb nicht zu bestreiten, weil die Luftansammlung auf eine Duraverletzung hinweise, es sei eine Glaubensfrage, ob man operativ revidiere oder nicht. An anderer Stelle heißt, es sei völlig unerheblich, ob tatsächlich eine nasale Liquorrhoe bestand oder nicht. Eine nasale Liquorrhoe sei nicht ausschließlich durch eine Fraktur der Lamina cribrosa bedingt, sondern könne genauso über die zweifelhaft vorliegende Fraktur der Stirnhöhlenhinterwand erfolgen.

Darüber hinaus hat Prof. Dr. Q bei seiner Anhörung erläutert, dass es jedenfalls seinerzeit an der Indikation nichts geändert hätte, wenn es nicht zu einem weiteren Austritt von Liquor gekommen sei. Denn selbst wenn sich ein Leck, etwa durch eine Abdichtung durch das Gehirn, von selbst verschließe, könne dies nicht so belassen werden, weil es sich dabei um keine wirkliche Abdichtung handele, sondern eine permanente Gefahrenquelle fortbestehe, die sich im weiteren Leben immer wieder realisieren könne. Daher müsse stets ein

43

44

Verschluss der Dura herbeigeführt werden. Die demgegenüber vom Kläger u.a. im Schriftsatz vom 7.11.2012 angeführte "Spontanheilung", die eine Operationsindikation entfallen lasse, sowie die damit verbundene Frage nach dem Sinn und Wert einer Muskelplastik, entbehrt ersichtlich jeglicher medizinischer Grundlage. Prof. Dr. Q hat die Muskelplastik bei seiner Anhörung auf Vorhalt von Prof. Dr. Dr. I als auch heute noch geltende Standardmethode bezeichnet, wobei heute zur Fixierung Fibrinkleber benutzt werde. Prof. Dr. Dr. I und Prof. Dr. C haben die Richtigkeit dieser Versorgungsmethode durch Abdeckung mit Muskelstücken bei Duraverletzungen ebenfalls grundsätzlich nicht in Abrede gestellt. Wie bereits angeführt, hatte Prof. Dr. Dr. I in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 14.12.2004 (Bl. 387 f. GA) den Verschluss mit Übernähung, Tamponade und Verklebung bzw. Kombination (dessen) als "Routineoperation" bezeichnet (vgl. auch die Ausführungen zu III. seiner Stellungnahme vom 31.1.2007, Bl. 163 ff., 165 GA: ... "Schädelöffnung zum Zweck der Lokalisation und des Verschlusses der Verletzung" ...). Auch Prof. Dr. C hat in seinen gutachterlichen Stellungnahmen die Abdeckung mit Muskelstücken als grundsätzliche Maßnahme nicht beanstandet. Darüber hinaus übersieht der Kläger, dass der Beklagte zu 3) die zur Abdeckung der Dura verwendeten Muskelstücke nicht nur aufgelegt, sondern nach seinen Erläuterungen bei seiner Zeugenvernehmung und auch nach den Angaben im Operationsbericht mit Gelatineschwämmchen fixiert hatte. Die vom Kläger angeführte vermeintliche mangelnde Haftung bzw. Verbindung dieser Muskelstücke mit der Dura besteht deshalb nicht. An Wert und Sinn einer solchen Muskelplastik bestehen damit im Gegensatz zum Belassen eines "Spontanverschlusses" etwa durch Hirnmasse, wie vom Kläger angenommen, keine Zweifel.

(4) Für den Eingriff bzw. zur Sicherstellung der Indikation bedurfte es aus der gebotenen Sicht ex ante außerdem keiner weitergehenden Diagnostik bzw. Kontrolluntersuchungen. Nach der Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. Q lag aus neurochirurgischer Sicht eine komplette Diagnostik vor, als der Kläger in die neurochirurgische Klinik übernommen wurde. Ohne klinische Veränderungen, die hier nicht vorlagen, hat er weitere Kontrolluntersuchungen nicht für geboten gehalten. Die vom Kläger insoweit erhobene Forderung nach weiteren Kontrolluntersuchungen resultiert offensichtlich wieder aus späteren Erkenntnissen, aufgrund derer sich nach seinem Vorbringen an den damaligen Befunden Zweifel zeigen würden. Dafür bestanden jedoch seinerzeit keine Anhaltspunkte. Vielmehr fügten sich die erhobenen Befunde in Kombination schlüssig zu einem Hinweis auf eine behandlungsbedürftige offene frontobasale Verletzung, ohne dass seinerzeit aus der gebotenen Sicht ex ante durch erneute oder weitergehende Untersuchungen andere Erkenntnisse zu erwarten gewesen wären. An dieser Beurteilung ändert nichts die Behauptung des Klägers, es sei seinerzeit röntgenologisch keine ausreichende Befunderhebung für eine operative Indikation durchgeführt worden, weil entsprechend den Bedürfnissen der Kieferchirurgie, die die Röntgenaufnahmen vom 1.6.1976 veranlasst hätten, lediglich der Gesichtsschädel ausreichend erfasst worden wäre, und somit, wie im Schriftsatz vom 7.11.2012 ausgeführt (Bl. 1416 ff., 1425 GA), die Kalotte und Schädelhöhe, soweit sie überhaupt mit abgebildet werde, damit weit im Randbereich liege und ganz besonders fehleranfällig sei. Zwar hat Prof. Dr. Dr. I bei seiner Vernehmung als Zeuge die Behauptung des Klägers bestätigt, dass seitens der Kieferchirurgie, wie regelmäßig in solchen Fällen, nur eine Spezialprojektion für den Gesichtsschädel veranlasst worden sei. Ausweislich des Befundberichts über die Aufnahmen vom 1.6.1976 (Bl. 66 des Auszugs aus den Behandlungsunterlagen der Kieferklinik) lautete der Auftrag an das Radiologische Institut der Universität L2 "OPG, UK, NNH, Schädel, Schädelkalotte, Thorax". Dementsprechend wurden ausweislich des Berichts u.a. befundet "– Schädel _I (d.h. in zwei Ebenen), Orbita, NNH, OPG, Jochbogenvergl., UK halbax." Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass tatsächlich und weitergehend als dem üblichen Auftrag der Kieferchirurgie entsprechend, möglicherweise

durch einen mit den Gepflogenheiten noch nicht vertrauten Assistenzarzt wie auch der Kläger in anderem Zusammenhang spekuliert, in diesem Falle der gesamte Schädel geröntgt und befundet wurde. Und anderes kann mangels Vorliegens der entsprechenden Röntgenaufnahmen vom Kläger nicht mit ausreichender Sicherheit bewiesen werden. Seinerzeit bestanden zudem keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich bei der befundeten Luftansammlung unterhalb der Schädelkalotte um ein Artefakt gehandelt haben könnte. Auch dies schließt der Kläger wiederum lediglich rückblickend aus aktuellen Dünnschicht-CTs, mit denen freilich eine seinerzeit vorgelegene Luftansammlung nicht sicher ausgeschlossen werden kann, sondern die nach den Erläuterungen von Prof. Dr. Dr. I im Termin vom 10.10.2012 (nur) belegen, dass die auf diesen Aufnahmen erkennbaren damaligen Gesichtsverletzungen des Klägers nicht geeignet gewesen seien, eine Liquorfistel hervorzurufen, weil sich Bruchlinien nicht im Bereich der Schädelbasis und der Nasenwurzel gezeigt hätten und es auch im Bereich der Siebbeinzellen gar keine Verletzungen gegeben habe (Seite 7 des Sitzungsprotokoll vom 10.10.2012, Bl. 1357 ff., 1363 GA). Das stand freilich präoperativ nicht fest. Vielmehr sprach die am 3.6.1976 durchgeführte Tomographie der Frontobasis für Verletzungen in diesem Bereich, durch die die zuvor befundete Luftansammlung schlüssig zu erklären war. Auch ist bereits darauf hingewiesen, dass es nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. Q auf Art und Umfang der knöchernen Verletzungen nicht zwingend ankommt, auch wenn sie im Rahmen der Gesamtbetrachtung durchaus Bedeutung haben. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass sich die Operationsindikation offensichtlich nicht ausschließlich auf den schriftlichen Röntgenbefundbericht vom 1.6.1976 stützte, sondern die Röntgenbilder auch von den behandelnden Neurochirurgen selbst nochmals ausgewertet wurden, da sich die Lokalisierung der Luftansammlung "median fronto-präzentral" andernfalls nicht erklärt. Denn sie wurde weder im röntgenologischen Befundbericht so beschrieben noch ist sie sonst in den vorliegenden Behandlungsunterlagen der Kieferklinik präoperativ erwähnt. Die eigene Auswertung hat auch Prof. Dr. S2 bei seiner Zeugenvernehmung im Termin vom 16.2.2011 (vgl. Seite 4 des Sitzungsprotokolls vom 16.2.2011, Bl. 1154 ff., 1157 GA) bestätigt, was außerdem dafür spricht, dass die Röntgenbilder entsprechend dem damaligen Standard in ausreichendem Maße auswertbar waren, da Beanstandungen insoweit nicht dokumentiert sind und auch sonst dafür keine Anhaltspunkte bestehen. Mit ausreichender Sicherheit lässt sich dies jedenfalls nicht ausschließen, was zulasten des Klägers geht, da er für das Vorliegen der Voraussetzungen für weitere Kontrolluntersuchungen beweispflichtig ist. Schließlich bestanden seinerzeit keine weiteren Diagnosemöglichkeiten; mangels ausreichender Auflösung hätte insoweit auch eine CT-Diagnostik mit dem damals in der Universitätsklinik Köln vorhandenen CT-Gerät keine weiteren Erkenntnisse gebracht.

dd) Nachdem der Kläger durch die Kieferklinik am 5.6.1976 an die Neurochirurgie überwiesen worden war (vgl. die Überweisung vom 5.6.1976, Bl. 19 der Behandlungsunterlagen der Neurochirurgie, Bl. 68 des Auszugs aus den Behandlungsunterlagen der Kieferklinik), kommt es nicht maßgeblich darauf an, ob die neurochirurgische Revision auch aus kieferchirurgischer Sicht indiziert war, weil zur Beurteilung der Behandlungsindikation der neurochirurgische Standard entscheidend ist. Die Indikation wird deshalb nicht dadurch in Zweifel gezogen, dass nach klägerischem Vortrag und von Prof. Dr. Dr. I bestätigt seitens der Kieferklinik bzw. HNO- ärztlicherseits allenfalls die Indikation für eine Abdichtung eines Durariss durch einen nasalen Zugang bestand. Aus neurochirurgischer Sicht war dies keine Option, ein solches Vorgehen vielmehr kontraindiziert. Bereits in seinem schriftlichen Gutachten (Seite 10, Bl. 1272 GA) hat der Sachverständige Prof. Dr. Q ausgeführt, dass minimal-invasive Zugänge (durch die Nase, endoskopisch oder offen mikrochirurgisch) lediglich gerechtfertigt seien, wenn präoperativ eindeutig der Ort der Verletzung festgelegt werden könne und der zu erwartende Defekt gering sei. Ansonsten sei es nach gängiger

neurochirurgischer Lehrmeinung nicht möglich, derartige Defekte exakt zu lokalisieren und sicher zu verschließen. Bei seiner Anhörung (vgl. Seite 6 des Sitzungsprotokolls vom 10.10.1976, Bl. 1357 ff., 1362 GA) hat der Sachverständige Prof. Dr. Q dies plausibel und nachvollziehbar dahingehend konkretisiert, dass im Falle des Klägers damals nicht klar gewesen sei, an welcher Stelle und in welchem Umfang Duraverletzungen vorgelegen haben könnten und nur bei einer Eröffnung des Schädels ein kompletter Überblick möglich gewesen sei, wohingegen die Beurteilung über einen nasalen Zugang wesentlich eingeschränkter sei. Außerdem lasse sich eine Abdichtung von innen, etwa durch Muskelstücke, infolge des Liquordrucks sicherer bewerkstelligen als durch eine Abdichtung von außen, die nach außen weggedrückt werden könne. Für die Richtigkeit dieser Einschätzung des Sachverständigen spricht im Ansatz schon die Angabe von Prof. Dr. Dr. I als Zeuge, nach der auch Prof. Dr. S als HNO-Arzt allenfalls dann "von unten" habe operieren wollen, wenn ein Hirnwasserabfluss nachgewiesen sei (vgl. Seite 4 des Sitzungsprotokolls vom 29.9.2010, Bl. 954 ff., 957 GA), eine Duraverletzungen also festgestanden hätte und damit möglicherweise auch lokalisiert gewesen wäre. Gegenüber der vom Sachverständigen Prof. Dr. Q nachvollziehbar angeführten besseren Übersichtlichkeit über die gesamte Frontobasis, in der Verletzungen vorliegen konnten, hat der Kläger Erhebliches ebenfalls nicht vorgetragen. Der Hinweis auf einen "geübten Ohrchirurg" greift schon deshalb nicht, weil es hier nicht um die in diesem Zusammenhang erwähnten Stapestransplantationen und Eingriffe am Innenohr ging, also um ein, wie der Kläger selbst angibt, extrem kleines und enges Operationsfeld. Es kommt auch nicht darauf an, ob sich der HNO-Arzt über die Bereiche der Lamina hinaus Übersicht verschaffen kann, indem er die Siebbeinzellen eröffnet und gegebenenfalls "austräumt", womit er darüber hinausgehend weitere Bereiche der Schädelbasis außerhalb der Lamina beurteilen und Verletzungen versorgen kann. Nicht gesichert ist dabei nämlich, dass der Operateur durch ein transnasales Vorgehen auch die Stelle der möglichen Fraktur der Schädelbasis im lateralsten Anteil der Stirnhöhle, wie im Röntgentomogramm vom 3.6.1976 beschrieben, hätte einsehen können. Und bei Annahme einer vermeintlich besseren Abdichtung von Duraverletzungen mit Muskelstücken von der nasalen Seite übersieht der Kläger, dass bei der neurochirurgischen Abdichtung die Muskelstücke fixiert werden und der Anpressdruck auf die Dura entgegen seiner Darstellung nicht bzw. weniger durch das Gehirn erfolgt als durch den Liquordruck, wie es der Sachverständige Prof. Dr. Q erläutert hat.

b) Nach dem weiteren Ergebnis der Beweisaufnahme entsprach die Durchführung der Operation ebenfalls dem neurochirurgischen Standard.

47

Der Sachverständige Prof. Dr. Q hat dazu ausgeführt, der Zugang einer bifrontalen Kraniotomie mit intraduraler Inspektion der Schädelbasis habe seinerzeit als adäquater Zugang bei derartigen Verletzungen gegolten und gelte noch heute. Auch das operative Vorgehen habe dem damaligen Standard entsprochen. Zu dem auf die Einschätzungen von Prof. Dr. Dr. I und Prof. Dr. C gestützten Vorbringen des Klägers, dass die Indikation zur basalen Freilegung nicht mehr gegeben gewesen sei, zum einen, weil bei Hebung des imprimierten Knochenfragments die Duraverletzung fronto-median-praezentral bereits gefunden und versorgt gewesen sei (siehe etwa die Stellungnahmen von Prof. Dr. C vom 13.4.2007, Bl. 188 ff., 189 GA, und vom 28.1.2008, Bl. 276 ff., 280 GA), des weiteren weil bei einem intakten rechten Riechnerv und lazeriertem linken eine Abdeckung der Schädelbasis in der gewählten Weise fehlerhaft gewesen sei, hat der Sachverständige Prof. Dr. Q in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass es sich bei dem weiteren Vorgehen um eine intraoperative Entscheidung gehandelt habe angesichts eines unerwarteten intraoperativen Befundes. Die Operateure hätten abzuwägen gehabt, den Eingriff hier abubrechen und die Basis nicht abzudecken (wie es Prof. Dr. Dr. I und Prof. Dr. C befürworteten; vergleiche auch die Ausführungen Prof. Dr. Dr. Is auf Seite 6 seiner Stellungnahme vom 31.1.2007 zu II. zu 1

48

a): "Für eine Inspektion und Kontrolle mag gerade noch eine relative Indikation bestanden haben, um sicherzugehen, dass nicht doch eine Duraverletzung vorlag", Blatt 163 ff., 168 GA.) oder in der gewählten Weise fortzufahren. Im Hintergrund der Entscheidung habe immer noch das Risiko einer ascendierenden Meningitis mit den zu erwartenden Häufigkeiten und Konsequenzen gestanden, so dass das weitere Vorgehen in der unmittelbaren Situation absolut nachvollziehbar sei und von ihm, dem Sachverständigen, auch so gewählt worden wäre, ohne dass damit – entgegen der Meinung von Prof. Dr. Dr. I und Prof. Dr. C – bei entsprechend vorsichtigem Vorgehen automatisch der Verlust des Riechvermögens über den rechten Riechnerv habe einhergehen müssen. Damit handelt es sich bei dem weiteren Vorgehen um eine Entscheidung im Rahmen der Therapiefreiheit des behandelnden Arztes, die vertretbar war und daher nicht zu beanstanden ist. Dafür, dass im hier zu entscheidenden Fall die vorsorgliche Abdeckung der Dura mit Muskelstücken nicht lege artis war, spricht – wie oben bereits mehrfach ausgeführt – ebenfalls nichts.

Schließlich lässt sich ein Behandlungsfehler nicht daraus ableiten, dass es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit intraoperativ zu einer Schädigung der Riechnerven mit der Folge des vollständigen Verlusts des Riechvermögens gekommen war. Die konkrete Ursache dieser Schädigung ist offen und sie führt nicht zwingend zur Annahme eines Behandlungsfehlers. Der Sachverständige Prof. Dr. Q hat in Übereinstimmung mit den Beurteilungen von Prof. Dr. A und PD Dr. W die Schädigung von Riechnerven als eine intraoperative Komplikation der endokraniellen Revision gewertet, die nie sicher zu vermeiden sei. So sei schon die notwendige Manipulation an der rechten Schädelbasis geeignet, eine zum Verlust des Riechvermögens führende Überdehnung des Nerven hervorzurufen, so dass der Schädigungsmechanismus damit entgegen den Annahmen von Prof. Dr. Dr. I und Prof. Dr. C nicht zwingend in dem Unterfüttern mit Muskelstücken gelegen habe. Prof. Dr. Dr. I hat bei seiner Vernehmung ebenfalls angegeben, dass seiner Meinung nach als Ursache für die Beeinträchtigungen des Geruchsvermögens die Einbringung der Muskelstücke in Betracht komme, aber auch die Anhebung des Gehirns, was zu einer Überdehnung oder zu einem Abreißen der Riechfäden führen könne. Letztlich hat aber auch er bestätigt, dass die Operation als solche so abgelaufen sei, wie er es selbst gelernt habe (vgl. Seite 6 des Sitzungsprotokolls vom 29.9.2010, Bl. 954 ff., 959 GA), woraus gefolgert werden kann, dass der Ablauf der Operation sach- und fachgerecht war. Den Nachweis einer behandlungsfehlerhaften Verletzung der Riechnerven mit der Folge des vollständigen Verlusts des Geruchsvermögens hatte der Kläger damit jedenfalls nicht mit der gemäß § 286 ZPO erforderlichen Sicherheit erbringen können. Das gilt gleichermaßen, soweit der Kläger ursprünglich der Ansicht war, dass die Verletzung der Riechnerven auf der linken Seite durch intraoperativ aufgetretene Blutungen und die zur Blutstillung erforderliche Koagulation herbeigeführt worden sei.

c) Schließlich haftet die Beklagte nicht unter dem Gesichtspunkt des Organisationsverschuldens, weil der Operateur Prof. Dr. S2 selbst den Kläger präoperativ nicht gesehen und weiter untersucht hatte. Es spricht nichts dafür, dass Prof. Dr. S2 sich nicht im gebotenen und ausreichenden Maß auf die Operation vorbereitet hatte, auch wenn er den Kläger selbst nicht gesehen und untersucht hatte. Inwieweit dies wenigstens wünschenswert gewesen wäre, kann dahinstehen. Eine haftungsrechtlich relevante Pflicht dazu bestand nach abgeschlossener Diagnostik nicht, auch wenn seitens der damaligen Chefärzte entsprechende Anordnungen bestanden. Sie besteht grundsätzlich auch heute nicht; der Operateur muss nur sicherstellen, dass der von ihm durchzuführende Eingriff von einer Indikation getragen ist. Davon ist hier wie oben dargelegt, auszugehen. Prof. Dr. S2 hat bei seiner Vernehmung bekundet, dass er sich mit Sicherheit die relevanten Röntgenaufnahmen angesehen hatte. Soweit der Kläger zur Aussage des Zeugen im

Schriftsatz vom 7.11.2012 zu II.3) (vergleiche Seite 6 des Schriftsatzes, Bl. 1416 ff., 1421 GA) anderes vorträgt, stimmen seine Darstellungen überwiegend mit den tatsächlichen Aussagen des Zeugen, wie sie auch protokolliert worden sind, nicht überein, ohne dass dem klägerseits in prozessual gebotener Weise entgegengetreten worden wäre. Und letztlich ist vor dem Hintergrund aller vorstehenden Ausführungen auch nicht ersichtlich, dass das vom Kläger eingeforderte Verhalten Prof. Dr. S2s an dem Verlauf der Behandlungen etwas geändert hätte.

2. 51

Der Kläger vermag die geltend gemachten Ansprüche auch nicht mit Erfolg auf den Gesichtspunkt der eigenmächtigen Behandlung zu stützen, die dann vorliegt, wenn die Einwilligung in den Eingriff in die körperliche Integrität nicht von einer ordnungsgemäßen Risikoaufklärung getragen und der Eingriff daher rechtswidrig ist. 52

a) Eine Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsalternativen bestand nicht. 53

Über Behandlungsalternativen ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten nur dann aufzuklären, wenn die Methode des Arztes nicht die der Wahl ist, was hier nach den vorstehenden Ausführungen zur Indikation zweifellos nicht der Fall war, oder konkret eine echte Alternative mit gleichwertigen Chancen, aber andersartigen Risiken besteht (vgl. nur Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 11. Auflage 2010, B Rn. 449 mit zahlreichen Nachweisen). Aus neurochirurgischer Sicht war der Eingriff über einen nasalen Zugang keine Behandlungsoption, sondern kontraindiziert, so dass darüber als echte Behandlungsalternative nicht aufzuklären war. Ebenso wenig stellte das Unterlassen des neurochirurgischen Eingriffs in Anbetracht der mit einer offenen frontobasalen Verletzung verbundenen gravierenden Risiken eine echte Behandlungsalternativen dar. 54

b) Eine Haftung der Beklagten besteht darüber hinaus nicht wegen einer unterbliebenen Aufklärung über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken, weil der Einwand der Beklagten, der Kläger hätte auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung in den Eingriff eingewilligt, durchgreift. 55

Der Einwand der Behandlungsseite, der Patient hätte sich einem Eingriff auch bei zutreffender Aufklärung über dessen Risiken unterzogen, ist grundsätzlich beachtlich. Den Arzt trifft insoweit die Behauptungs- und Beweislast. Er ist mit dem Beweis für seine Behauptung, dass der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung in den Eingriff eingewilligt haben würde, allerdings nur zu belasten, wenn der Patient zur Überzeugung des Gerichts plausibel macht, dass er, wären ihm rechtzeitig die Risiken der Behandlung verdeutlicht worden, vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte, wobei an die Substanziierungspflicht zur Darlegung eines solchen Konflikts keine zu hohen Anforderungen gestellt werden dürfen. Vermag der Patient einen solchen Konflikt nicht darzutun, fehlt der unterlassenen Aufklärung indes die nötige Schadensrelevanz (vgl. BGH NJW 2003, 2012). So liegt es hier. 56

In seiner Klageschrift hat der Kläger angegeben, er hätte sich in Kenntnis dessen, dass als echte Behandlungsalternative auch eine Nichtdurchführung der Operation in Betracht gekommen wäre, keinesfalls ohne weitere Rücksprache und Rückversicherung für die durchgeführte Operation in der Neurochirurgie entschieden, dies insbesondere dann nicht, wenn ihm die besonderen Risiken der Operation wie ein Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes deutlich gemacht worden wären. Er, dessen berufliche Existenz als Koch und Weinhändler von seinem Geschmacks- und Geruchssinn abhängig gewesen sei, hätte 57

sich in Kenntnis dieser Risiken in einem echten Entscheidungskonflikt befunden. In der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht dazu angehört hat er ausweislich des Sitzungsprotokolls vom 3.12.2008 (Bl. 398 ff., 402 GA) angegeben, dass die HNO-Ärzte, als er noch in der Kieferchirurgie gelegen habe, mehrfach in seinem Beisein an seinem Bett über die von der Neurochirurgie beabsichtigte Operation diskutiert hätten und der Auffassung gewesen seien, dass eine solche Operation nicht erforderlich sei. Gleichwohl sei er auf die neurochirurgische Station gekommen. Die Frage, warum es trotz der anders lautenden Meinung der HNO-Ärzte dennoch zur Operation gekommen sei, hat der Kläger nicht beantwortet. Er hat dazu auf "die Ärzte" verwiesen und gesagt, er habe sich auf die Ärzte verlassen, also auf die Ärzte, auf deren Station er gelegen habe. Und auf den Vorhalt einer gegebenenfalls tödlich verlaufenden Hirnhautverletzung bei unbehandelter Duraverletzungen hat er angegeben, wenn eine Operation gemacht werden müsse, müsse sie halt gemacht werden. Weiter hat er sich seinen Angaben nach auf diese Frage nicht mehr konzentrieren können. Gegenüber dem Senat hat er bei seiner nochmaligen persönlichen Anhörung im Termin vom 10.10.2012 angegeben, dass er der Operation niemals zugestimmt, sondern nach Alternativen gefragt hätte, wenn man ihm als eine mögliche Folge der Operation gesagt hätte, er könne den Geruchssinn verlieren. Begründet hat er dies damit, dass seine ganze Existenz an dem Geruchssinn hänge. Hätte man ihm darüber hinaus deutlich gemacht, dass diese Operation die einzige Möglichkeit sei, weil sonst akute Lebensgefahr bestünde, so könne er auf eine solche Frage schwer antworten, glaube allerdings, dass er dann immer noch gesagt hätte, dann solle es doch lieber die HNO-Abteilung machen (vgl. Seite 1 f. des Sitzungsprotokolls vom 10.10.2012, Bl. 357 f. GA).

Damit aber hat der Kläger, auch unter Berücksichtigung seiner offensichtlich bestehenden psychischen Schwierigkeiten, eine Konfliktlage auch für den Senat nicht plausibel dargelegt. Dem Kläger ist zwar zuzugestehen, dass er der Beibehaltung seines Geruchs- und Geschmackssinnes in Hinblick auf seinen Beruf eine erhebliche Bedeutung beigemessen hätte. Wenn er aber angibt, er hätte sich in Kenntnis des Risikos, bei dem Eingriff seinen Geschmacks- und/oder Geruchssinn zu verlieren, nach Behandlungsalternativen erkundigt, macht dies den Entscheidungskonflikt nicht plausibel, weil nach den vorstehenden Feststellungen zu 1. Behandlungsalternativen nicht bestanden. Das musste auch dem Kläger klar sein, nachdem er, wie er selbst eingeräumt hat, durchaus Kenntnis davon hatte, dass die HNO-Ärzte den Eingriff nicht befürworteten, er aber gleichwohl zur Durchführung der Operation auf die Neurochirurgische Station verlegt worden war. Das mit einer präoperativ nicht auszuschließenden offenen frontobasalen Verletzung verbundene Risiko einer bleibenden schweren Hirnschädigung bis hin zum Tod, nämlich einer Meningitis, eines Hirnabszess oder eines subduralen Empyems, hätte nicht durch einen HNO-ärztlichen Eingriff mit nasalem Zugang und erst recht nicht durch ein Unterlassen eines Eingriffs ausgeschlossen oder auch nur reduziert werden können. Diesen "Alternativen" standen vielmehr mögliche Schäden gegenüber, die auch nach Prof. Dr. Dr. I mit dem Hinweis auf "Debilität, Imbecilität, Anfallsleiden ..." absolut ernst zu nehmen waren (vgl. seine gutachterliche Stellungnahme vom 14.12.2004, Bl. 387 GA). Bezogen auf den Fall des Klägers hat Prof. Dr. Dr. I in Übereinstimmung damit schon in einem früheren medizinischen Sachverständigengutachten vom 25.5.2002 (Anlage K2, SH I) dargestellt, dass aufgrund der Schwere der Gesichts- und Hirnverletzungen vitale Probleme im Vordergrund gestanden hätten; das Hirnempyem sei vital bedrohlich gewesen und habe chirurgisch angegangen werden müssen. Nachdem sich letztendlich auch die den Kläger zunächst behandelnden Ärzte in der Kieferklinik dem klägerischen Vorbringen nach trotz ihrer ursprünglich ablehnenden Haltung, die dem Kläger bekannt war, der Einschätzung der Neurochirurgen unterworfen hatten, leuchtet es nicht ein, dass der Kläger der Möglichkeit eines Verlustes seines Geruchs- und Geschmackssinns als operationsimmanentes Risiko einen Stellenwert

eingräumt hätte, der ihn in einen Entscheidungskonflikt über das Für und Wider der Operation gebracht hätte. Dagegen sprechen nicht zuletzt seine mehrfachen Bekundungen, dass er den ihn behandelnden Ärzten jeweils vertraut habe sowie seine Äußerung vor dem Landgericht, dass eine Operation halt gemacht werden müsse, wenn sie gemacht werden müsse. Die Gefahr schwerer Folgeschäden, wenngleich mit dem Risiko des Verlustes des Geschmacks- und Geruchsvermögens, war seinerzeit aber nur durch den neurochirurgischen Eingriff zu bannen. Darauf, in welchem Ausmaß das Risiko schwerer Hirnschäden ohne eine Operation bestand, wozu der Kläger schriftsätzlich ausführlich vorgetragen hat, kommt es nicht entscheidend an. Zum einen ist es für die Aufklärung als Grundlage für die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts eines Patienten mit der ihm zu verschaffenden Möglichkeit einer Abwägung des Für und Wider eines ärztlichen Eingriffs nicht geboten, im Einzelnen darzulegen, mit welchen konkreten Prozentzahlen die jeweiligen Risiken eines Eingriffs oder seines Unterbleibens bestehen. Es genügt die Aufklärung im Großen und Ganzen, hier also der Hinweis auf die durchaus hohe Gefahr (von Prof. Dr. C selbst mit immerhin 50 % angegeben, vgl. Seite 6 seines Gutachtens vom 24.4.2005, Anlage K 1, SH I) dauerhafter und gegebenenfalls auch tödlicher Hirnerkrankungen bei unversorgten Duraverletzungen. Zum anderen hat Kläger selbst bei seinen persönlichen Anhörungen nicht darauf abgestellt, dass sich der von ihm behauptete Entscheidungskonflikt (auch) auf die konkrete Höhe der jeweiligen Risiken gegründet und ihn in seiner Entscheidung beeinflusst hätte. Hinzu kommt schließlich, dass nach den eigenen Ausführungen des Klägers im Schriftsatz vom 7.11.2012 zur Vorgehensweise einer HNO-ärztlichen Operation mittels eines nasalen Zugangs durchaus ebenfalls u.a. die Gefahr der Verletzung der Riechnerven bestanden hätte, wenn er darlegt, dass bei einem transnasalen Zugang der HNO-Arzt sich bei ungewisser Lokalisation eines Duradefekts über die Bereiche der Lamina hinaus Übersicht verschaffen könne, indem er die Siebbeinzellen eröffne und gegebenenfalls ausräume. In Anbetracht dessen ist es wiederum nicht plausibel, wenn der Kläger angibt, er hätte sich für ein operatives Vorgehen entschieden, bei dem der Gefahr bleibender oder gar tödlicher Hirnschäden, wenn überhaupt, nur mit erheblich geringerer Sicherheit begegnet werden konnte, dabei aber ebenfalls die Gefahr der Verletzung seiner Riechnerven bestand.

Soweit der Kläger darüber hinaus hirnorganische Schäden in Form eines Psychosyndroms als Operationsfolge geltend macht und erstmals mit Schriftsatz vom 7.11.2012 auch insoweit eine mangelnde Aufklärung rügt, ist – abgesehen von der Frage der Verspätung einer derartigen Rüge – für einen daraus bei ordnungsgemäßer Aufklärung resultierenden Entscheidungskonflikt nichts vorgetragen. Dazu hat sich der Kläger auch bei seinen Anhörungen zum Entscheidungskonflikt nicht geäußert.

3.

Nach alledem war die Klage abzuweisen, ohne dass es noch auf die vom Kläger teilweise beanstandete Aussage des Beklagten zu 2) Prof. Dr. L ankommt. Eine Streichung vermeintlich unzulässiger Fragen und Antworten im Zusammenhang mit seiner Zeuenaussage aus dem Protokoll, wie vom Kläger mit Schriftsatz vom 3.11.2010 (Blatt 1024 ff., 1036, 1038 GA) beantragt, kommt nach der Zivilprozessordnung nicht in Betracht; derartiges ist von der Vorschrift des § 164 ZPO nicht erfasst. Mögliche unzulässige Fragen und Bekundungen des Zeugen sind vielmehr im Rahmen der Beweiswürdigung gemäß § 286 ZPO zu erörtern und gegebenenfalls außer Acht zu lassen. Dafür bestand hier jedoch mangels Erheblichkeit der Aussage keine Veranlassung

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidungen über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruhen auf §§ 708 Nr. 10, 711, 108 ZPO.

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). Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits waren überwiegend Tatsachenfragen. Rechtsfragen grundsätzlicher Natur, die über den konkreten Einzelfall hinaus von Interesse sein könnten, haben sich nicht gestellt und waren nicht zu entscheiden. 63

Streitwert für das Berufungsverfahren: 150.000,00 € 64