
Datum: 19.11.2014
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 87/13
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2014:1119.5U87.13.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 68/10

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Landgerichts Köln vom 26.06.2013 – 25 O 68/10 - wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Klägerin wird nachgelassen, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abzuwenden, wenn nicht die vollstreckende Partei vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

I.

Die am 00.00.1971 geborene Klägerin begab sich am 15.05.2006 wegen Oberbauchschmerzen in das Klinikum T. Dort wurde der Verdacht eines Magen-Darm-Infekts geäußert und ihr empfohlen, den Hausarzt aufzusuchen. Am nächsten Morgen stellte sich die Klägerin ihrem Hausarzt vor, der ebenfalls einen Magen-Darm-Infekt vermutete und Tropfen gegen Übelkeit und Schmerzen verordnete. Gegen Mittag wurden die Schmerzen so stark, dass sich die Klägerin in das von der Beklagten zu 1) betriebene W Hospital in C fahren ließ. Sie berichtete dort, dass sie seit dem gestrigen Tag an Oberbauchschmerzen leide und bereits vor einem Jahr wegen gleicher Schmerzen in ärztlicher Behandlung gewesen sei. Eine Gastroskopie sei damals ohne Befund geblieben. Im Hause der Beklagten zu 1) wurde

1

2

3

eine Sonografie des Abdomens durchgeführt. Dokumentiert wurde als Befund im Aufnahmebogen „Sludge, keine Steine“. Eine Blutuntersuchung ergab u.a. leicht erhöhte Billirubin- und GPT-Werte, die Leukozytenzahl und der CRP-Wert waren jedoch im Normbereich. Als Diagnose ist auf dem Aufnahmeblatt des Krankenhauses „Cholelithiasis, V.a. Cholecystitis“ festgehalten. Die Klägerin wurde stationär aufgenommen und noch am selben Tag durch den Beklagten zu 3) über einen geplanten chirurgischen Eingriff mit Entfernung der Gallenblase, einer sog. Cholecystektomie, aufgeklärt.

Am Folgetag führten die Beklagten zu 2) und zu 4), die als Chefarzt bzw. Oberarzt in der chirurgischen Abteilung des W Hospital tätig waren, eine laparoskopische Cholecystektomie durch. Als präoperative Diagnose wurde im Operationsbericht „Akute Cholecystitis“ festgehalten. Dem Bericht zufolge zeigte sich die Gallenblase leicht entzündlich verändert. Ein pathologisch-anatomisches Gutachten bestätigte die Diagnose einer akuten Cholecystitis jedoch nicht.

Nachdem die Klägerin nach der Operation unter Übelkeit, Appetitlosigkeit und Unterbauchschmerzen klagte, wurde am 22.05.2006 eine Ösophagogastroduodenoskopie (im Folgenden: ÖGD) durchgeführt, die jedoch ohne Befund blieb. Am 27.05.2006 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung entlassen. Im Entlassungsbrief wurde als Diagnose festgehalten „Akute Cholecystitis, Harnwegsinfekt“.

Die Klägerin begab sich nach einem Besuch bei ihrem Gynäkologen am 02.06.2006 erneut wegen Beschwerden in das W Hospital. Eine Computertomographie zeigte einen Fremdkörper im Bereich des Uterus rechts. Am 12.06.2006 wurde ein im Rahmen der Gallenblasentfernung verwendeter Titanclip operativ entfernt.

Die Klägerin hat den Beklagten Behandlungsfehler vorgeworfen. Sie hat behauptet, die Operation vom 17.05.2005 mit Entfernung der Gallenblase sei nicht indiziert gewesen. Es habe zunächst eine Gastroskopie durchgeführt werden müssen. Darüber hinaus seien fehlerhaft Titanclips im Bauchraum vergessen worden, die dann durch eine erneute Operation am 12.06.2006 hätten entfernt werden müssen. Über die mit einer Gallenblasenentfernung verbundenen Risiken sei sie nicht hinreichend aufgeklärt worden. Die Klägerin hat behauptet, sie leide an Schmerzen im Bauchbereich bei längerem Sitzen und beim Stehen. Hierdurch und durch die mit der Schmerzproblematik verbundenen psychischen Folgen sei sie in ihrer Tätigkeit als Lehrerin und bei der Haushaltsführung beeinträchtigt. Nach der ersten Operation habe sie am Bauch fünf Narben zurückbehalten, die sich teilweise entzündet und große Schmerzen verursacht hätten. Durch die gynäkologische Operation seien drei weitere Narben dazu gekommen. Die Klägerin hat ein Schmerzensgeld in Höhe von 30.000,- EUR für angemessen erachtet. Darüber hinaus hat sie Schadensersatz für einen Haushaltsführungsschaden, für Fahrtkosten, Kosten für die Betreuung ihrer Kinder während des stationären Krankenhausaufenthaltes, Pflegemittel und Kosmetik, Fotokopiekosten und Gutachterkosten geltend gemacht.

Die Klägerin hat beantragt,

- 1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie aus der fehlerhaften Behandlung ab Mai 2006 ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Betrag in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 30.000,00 EUR, nebst 5% Zinsen über dem Basiszinssatz – mindestens verzinslich mit 8% Zinsen – seit dem 31.07.2008;

• 2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 27.095,89 EUR zu zahlen, nebst 5% Zinsen über dem Basiszinssatz – mindestens verzinslich mit 8% Zinsen – seit dem 31.07.2008;	112
• 3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche künftigen immateriellen und alle weiteren vergangenen und künftigen materiellen Schäden zu ersetzen, die ihr infolge der fehlerhaften Behandlungen ab Mai 2006 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden;	114
• 4. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ihr entstandene außergerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von insgesamt 3.593,80 EUR zu zahlen.	116
Die Beklagten haben beantragt,	17
die Klage abzuweisen.	18
Sie haben Behandlungsfehler bestritten und eine genügende Aufklärung behauptet.	19
Wegen der Einzelheiten des streitigen Vorbringens der Parteien und der tatsächlichen Feststellungen des Landgerichts wird gemäß § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO auf die Ausführungen in dem angefochtenen Urteil (Bl. 311 ff d.A.) Bezug genommen.	20
Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines chirurgischen Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. F (vgl. Gutachten vom 29.01.2011, Bl. 91 ff d.A., und Gutachtenergänzung vom 31.07.2011, Bl. 132 ff d.A.) und eines weiteren chirurgischen Gutachtens von Herrn Prof. Dr. Q (vgl. Gutachten vom 09.02.2012, Bl. 180 ff. d.A., sowie Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. Q in der mündlichen Verhandlung vom 12.12.2012, Bl. 275 ff d.A.). Anschließend hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Entfernung der Gallenblase habe keinen Behandlungsfehler dargestellt. Die Laborwerte seien zwar nicht typisch für eine akute Cholecystitis gewesen. Aufgrund des bei der Ultraschalluntersuchung festgestellten „Sludge“, der Symptomatik, insbesondere der von der Klägerin als äußerst erheblich geschilderten Beschwerden und der Anamnese sei eine Operation jedoch indiziert gewesen. Weitere Untersuchungen wie eine Gastroskopie seien vor Durchführung der Operation nicht angezeigt gewesen. Auch das Belassen von Metallclips im Bauchraum sei nicht fehlerhaft gewesen, da die Clips dem sicheren Verschluss von Gefäßen und Gallenwegen gedient hätten und ihr Belassen medizinisch notwendig gewesen sei. Selbst im Falle eines intraoperativen Verlustes der Clips habe keine Notwendigkeit bestanden, nach diesen im Bauchraum weiter zu suchen. Die präoperativ erfolgte Aufklärung der Klägerin sei genügend gewesen.	21
Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen.	22
Mit der Berufung verfolgt die Klägerin ihr ursprüngliches Klagebegehren unter Wiederholung der erstinstanzlichen Klageanträge weiter. Sie macht geltend, dass ihr die Operation als absoluter Notfalleingriff dargestellt worden sei und sie nur vor diesem Hintergrund eine	23

Einwilligung in die Operation erteilt habe. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme, die das Vorliegen einer akuten Cholecystitis nicht bestätigt habe, sei eine Operation aber nicht dringend indiziert gewesen. Zudem habe die Möglichkeit einer konservativen Therapie als Behandlungsalternative in Betracht gezogen und sie hierüber informiert und aufgeklärt werden müssen. Eine Indikation zur Entfernung der Gallenblase habe nicht bestanden. Es hätten weitere Befunde durch bildgebende Verfahren erhoben werden müssen. Die Klägerin behauptet, dass sie, wenn sie gewusst hätte, dass die Operation nur relativ indiziert war, die Operation nicht durchgeführt hätte. Zumindest hätte sie die Operation in die Schulferien verschoben, um ihre Probezeit als Lehrerin nicht zu gefährden. Schließlich sei auch keine ordnungsgemäße Risikoaufklärung erfolgt.

Die Beklagten verteidigen die angefochtene Entscheidung und treten dem 24
Berufungsvorbringen im Einzelnen entgegen. Die Entfernung der Gallenblase sei aufgrund der Symptomatik und Anamnese indiziert gewesen. Eine weitere Befunderhebung sei nicht geboten gewesen und hätte kein anderweitiges, reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt. Das Belassen der Titanclips sei gewollt und medizinisch notwendig gewesen. Die behaupteten Beschwerden der Klägerin seien auf den Clip nicht zurückzuführen gewesen. Auch die Aufklärungsrüge der Klägerin gehe ins Leere. Sie sei über das Verfahren, seine Risiken und Erfolgsaussichten, über mögliche Komplikationen und Behandlungsalternativen aufgeklärt worden.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. Wegen 25
des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das gemeinschaftlich erstellte Gutachten von Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 vom 09.04.2014 (Bl. 373 ff dA.) und auf die mündliche Anhörung von Prof. Dr. W2 Bezug genommen (Sitzungsprotokoll vom 27.10.2014, Bl. 448 ff d.A.).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zu den Akten 26
gereichten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

II. 27

Die Berufung ist unbegründet. 28

Der Klägerin stehen gegen die Beklagten aus der streitgegenständlichen Behandlung keine 29
Ansprüche auf Schmerzensgeld und Ersatz materieller Schäden zu. Die Beklagten haften weder wegen Behandlungsfehlern noch wegen Aufklärungsfehlern.

1. Behandlungsfehler 30

a) Indikation 31

Die Klägerin hat nicht bewiesen, dass die im Hause der Beklagten zu 1) durchgeführte 32
Cholecystektomie, bei der die Gallenblase entfernt wurde, nicht medizinisch indiziert war. Nach dem Ergebnis der im Berufungsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme steht vielmehr zur Überzeugung des Senates fest, dass die am 17.05.2006 durchgeführte Operation indiziert war. Die Sachverständigen Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 haben in ihrem gemeinschaftlich erstellten schriftlichen Gutachten überzeugend ausgeführt, dass nach Auswertung der vorliegenden Behandlungsunterlagen davon ausgegangen werden müsse, dass die Klägerin an einer symptomatischen Cholecystolithiasis litt und aus diesem Grund eine Indikation für die Entfernung der Gallenblase gegeben war. Für das Vorliegen einer symptomatischen Cholecystolithiasis spricht die Anamnese der Klägerin und die am 16.05.2006 durchgeführte Sonografie. Diese hatte ausweislich der Dokumentation, an deren

Richtigkeit entgegen der Andeutungen des klägerischen Prozessbevollmächtigten in der letzten mündlichen Verhandlung zu zweifeln kein Anlass besteht, sog. „Sludge“ in der Galle nachgewiesen. Bei diesem Sludge handelt es sich um Grieß, d.h. um kleinere Steine mit einem Durchmesser von 1 bis 3 mm. Nach Ausführungen der Sachverständigen Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 muss Sludge in der Galle bei entsprechender klinischer Beschwerdesymptomatik als ein dem Gallensteinleiden gleichwertiges Krankheitsbild angesehen werden. Dass die Klägerin an einer relevanten klinischen Beschwerdesymptomatik litt, haben die Sachverständigen nach sorgfältiger Auswertung der Krankenunterlagen nachvollziehbar und den Senat überzeugend dargelegt. Die Klägerin habe am Tag vor der Operation starke beidseitige Oberbauchschmerzen gehabt, die links größer gewesen seien als rechts. Der für eine Erkrankung der Galle klassische klinische Oberbauchschmerz sei zwar der rechtsseitige Oberbauchschmerz. Dies spricht aber nicht gegen die Annahme eines Gallenleidens. Zum einen seien Schmerzen im rechten Oberbauch vorhanden gewesen, zum anderen werde aber auch über die Spezifität der biliären Beschwerdesymptomatik in der Fachwelt kontrovers diskutiert. So habe eine in Italien durchgeführte, sicherlich prospektiv größte klinische Studie nachgewiesen, dass zwar eine epigastrische Schmerzsymptomatik und ein rechtsseitiger Oberbauchschmerz signifikant mit einem Gallensteinleiden korrelierten, eine hohe Anzahl an Studienpatienten mit Gallensteinleiden allerdings eher eine abnorme abdominelle Schmerzsymptomatik aufweise. Aufgrund der bei der Klägerin vorhandenen Schmerzsymptomatik sei eine symptomatische Cholecystolithiasis nicht auszuschließen, vielmehr sehr wahrscheinlich zu vermuten gewesen. Auch in der Vergangenheit habe die Klägerin eine auf ein Gallensteinleiden zurückzuführende Schmerzsymptomatik aufgewiesen. So habe sie sich bereits im Jahr 2004 im Krankenhaus in L2 mit eindeutig rechtsseitigen, krampfartigen Oberbauchschmerzen vorgestellt, wo bereits der Verdacht auf eine beginnende Cholezystitis geäußert worden sei. Die wenige Monate später zur differentialdiagnostischen Abklärung durchgeführte ÖGD (Ösophagogastroduodenoskopie) hätte keinen auf eine Erkrankung des Magen-Darm-Bereich hinweisenden pathologischen Befund ergeben. Auch die nach der Operation vom 17.05.2006 durchgeführte ÖGD sei schließlich unauffällig geblieben.

Gegen die Annahme einer symptomatischen Cholecystolithiasis spricht nicht, dass die Klägerin nach der Entfernung der Galle weiter unter abdominellen Schmerzen in Form von (jetzt) linksbetonten Mittelbauchbeschwerden litt. Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 haben dies in ihrem schriftlichen Gutachten nachvollziehbar damit erklärt, dass Patienten mit einem Gallenblasensteinleiden nach einer Cholecystektomie in bis zu 33 % der Fälle über das Fortbestehen der alten abdominellen Schmerzsymptomatik und in 14 % der Fälle über eine – wie hier anzunehmende - neue abdominelle Schmerzsymptomatik klagten. Der Umstand einer postoperativ vorhandenen abdominellen Schmerzsymptomatik spricht daher nicht gegen die Annahme, dass die präoperativ geklagten Schmerzen auf eine Erkrankung der Gallenblase zurückzuführen waren.

33

Die Befund von Sludge in der Galle sowie die klinisch relevante Beschwerdesymptomatik ergaben die Indikation zur durchgeführten Cholecystektomie. Die Sachverständigen Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 sind in Übereinstimmung mit dem in erster Instanz eingeholten Gerichtsgutachten von Prof. Dr. Q zu dem klaren und eindeutigen Ergebnis gelangt, dass das symptomatische Gallensteinleiden eine Indikation für eine chirurgische Therapie war. Als Behandlungsalternative habe lediglich die Möglichkeit einer Litholyse, bei der die Gallensteine mittels wirkstoffhaltiger Medikamente aufgelöst werden, bestanden, die heute allerdings nur noch bei sehr alten und multimorbiden Patienten und auch bei diesen nur im Ausnahmefall angewandt werde, da die Behandlung das Steinleiden als solches nicht heilen könne.

34

Ohne Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass die behandelnden Ärzte ausweislich des Operationsberichts vom 17.05.2006 präoperativ die Diagnose einer akuten Cholecystitis angenommen hatten (siehe aber auch die auf der ersten Seite der Behandlungsdokumentation handschriftlich eingetragene Diagnose „Cholelithiasis, V.a. Cholecystitis). Für die Frage des Behandlungsfehlers ebenfalls irrelevant ist, dass den Sachverständigen zufolge eine Operation nicht dringend indiziert war, sondern eine Durchführung innerhalb der nächsten 14 Tage ausreichend war. Denn für die Frage des Behandlungsfehlers ist lediglich bedeutsam, ob die konkret durchgeführte Operation aufgrund der tatsächlichen Befundlage medizinisch indiziert war. Dies war, wie ausgeführt, nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme jedoch der Fall.

35

Die durch die Klägerin gegen das Gutachten von Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 erhobenen Einwendungen greifen nicht durch. Insbesondere begründen die Ausführungen der Privatgutachter Dr. J und Prof. Dr. T2 keine Zweifel an der Richtigkeit der Aussage von Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2, dass die Cholecystektomie aufgrund einer symptomatischen Cholecystolithiasis indiziert war. Soweit Dr. J in seiner Stellungnahme vom 05.06.2014 von einem „blassen Befund“ von Gallenblasen-Sludge ausgeht, erläutert er seine These einer nicht mit einem Gallensteinleiden in Zusammenhang zu bringenden Schmerzsymptomatik nicht. Er erklärt insbesondere nicht nachvollziehbar, worauf die beidseitigen Oberbauchschmerzen sonst zurückzuführen waren. Seine Annahme, die lange Anamnese habe für eine Erkrankung im gastroduodenalen Bereich gesprochen (vgl. Seite 8 der gutachterlichen Stellungnahme von Dr. J vom 15.09.2008), es habe eine Gastritis abgeklärt werden müssen (vgl. Seite 2 der gutachterlichen Stellungnahme von Dr. J vom 21.09.2011), wird durch das Ergebnis der postoperativ durchgeführten ÖGD, die ohne Befund blieb, widerlegt, jedenfalls nicht bestätigt. Soweit Dr. J einwendet, eine Gleichsetzung von Gallenblasen-Sludge mit Gallenblasensteinen sei aus fachlicher Sicht nicht gerechtfertigt, weil sich Sludge oft spontan zurückbilde (Seite 4 der gutachterlichen Stellungnahme vom 13.04.2012), überzeugt dies nicht. Im Hinblick auf die seit 2004 wiederholt aufgetretene Schmerzsymptomatik und den im Mai 2006 akut bestehenden Schmerzen, bestand kein Grund zu der Annahme, der Grieß werde sich wieder zurückbilden.

36

Die Einwendungen, die der Privatgutachter Prof. Dr. T2 gegen das Gerichtsgutachten und der darin bestätigte Operationsindikation erhebt, beziehen sich im Wesentlichen darauf, die behandelnden Ärzte hätten die Cholecystektomie nicht unter der Arbeitsdiagnose einer akuten Cholecystitis vornehmen dürfen. Auf die Frage, ob eine Indikation aufgrund einer anzunehmenden symptomatischen Cholecystolithiasis gegeben war, geht der Privatgutachter nicht mehr näher ein. Die Forderung von Prof. Dr. T2, es habe ein gastrointestinaler Infekt abgeklärt werden müssen, lässt außer Betracht, dass die postoperativen Untersuchungen einen solchen Infekt nicht bestätigten. Die Einschätzung, Sludge könne auch von alleine verschwinden, lässt, wie bereits ausgeführt, die Anamnese und die akuten Beschwerden der Klägerin unberücksichtigt, die sich innerhalb von zwei Tagen dreimal im Krankenhaus bzw. bei ihrem Hausarzt notfallmäßig wegen starker Oberbauchschmerzen vorgestellt hatte.

37

b) Metallclips im Bauchraum

38

Ohne Erfolg bleibt der mit der Berufung wiederholte Vorwurf der Klägerin, es seien bei der Operation am 17.05.2006 behandlungsfehlerhaft Metallclips im Bauchraum belassen worden. Die Klägerin unterstellt zu Unrecht, die Metallclips seien noch während der Operation in der Bauchhöhle verloren gegangen. Hierfür gibt es keinerlei tatsächlichen Anhaltspunkte. Dass wenige Zeit später Metallclips in einem Bereich des Bauches gefunden wurden, wo sie unzweifelhaft nicht hingehörten, indiziert nicht, dass sich die Clips bereits intraoperativ aus

39

dem Gewebe gelöst haben. Wie der von der Klägerin beauftragte Privatgutachter Prof. Dr. T2 in seinem Gutachten vom 21.07.2009 (dort Seite 18 f) ausgeführt hat, ist es durchaus möglich, dass sich die Metallclips erst postoperativ aus nicht mehr nachvollziehbaren Gründen aus dem Gewebe gelöst haben und anschließend in Bewegung geraten sind. Einen Behandlungsfehler hat der Sachverständige Prof. Dr. Q in Übereinstimmung mit den Ausführungen von Prof. Dr. T2 (Seite 19 des Gutachtens vom 21.07.2009) und von Dr. J (Seite 11 des Gutachtens vom 15.09.2008) ausdrücklich verneint.

2. Aufklärungsfehler

40

Die Beklagten haften auch nicht aufgrund von Aufklärungsfehlern.

41

a)

42

Aus heutiger Sicht wäre es zwar, so die überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. W2 im Rahmen seiner Anhörung vor dem Senat, richtig gewesen, die Klägerin darüber aufzuklären, dass nur eine symptomatische Cholecystolithiasis und keine akute entzündliche Situation vorlag und damit keine sofortige Operation notwendig, sondern ein chirurgischer Eingriff innerhalb der nächsten 14 Tage ausreichend war. Dass die Klägerin entsprechend aufgeklärt worden ist, lässt sich der Behandlungsdokumentation nicht entnehmen. Soweit der Beklagte zu 3) im Rahmen seiner persönlichen Anhörung vor dem Landgericht angegeben hat, er habe auch die Möglichkeit des Zuwartens angesprochen, geht aus seinen Angaben nicht hervor, dass er der Klägerin die Möglichkeit und Notwendigkeit einer innerhalb eines Zeitfensters von 14 Tagen vorzunehmenden Operation dargelegt hat. Da die Ärzte die Operation unter der präoperativen Diagnose einer akuten Cholecystitis durchführten, bei der nach Erläuterung von Prof. Dr. W2 innerhalb eines Zeitraums von 24 bis 72 Stunden operiert werden sollte, spricht auch nicht viel dafür, dass die Klägerin auf die mangelnde Dringlichkeit der Operation hingewiesen wurde.

43

Die Frage nach dem Inhalt der Aufklärung kann aber im Ergebnis dahin stehen, weil eine Haftung jedenfalls deshalb ausscheidet, weil der zu unterstellende Aufklärungsfehler auf einem Diagnoseirrtum beruht. Eine Haftung aufgrund eines Aufklärungsfehlers scheidet dann aus, wenn die unterlassene oder objektiv fehlerhafte Aufklärung auf einem Diagnoseirrtum beruht, der sich mangels Vorwerfbarkeit nicht als haftungsbegründender Behandlungsfehler darstellt (OLG Köln, Urteil vom 03.11.1997, Az. 5 U 98/97, VersR 1999, 98, zitiert nach juris). Der Senat ist nach dem Ergebnis der durchgeführten Beweisaufnahme davon überzeugt, dass die Diagnose einer akuten Cholecystitis zwar aus heutiger Sicht unzutreffend war, aus der maßgeblichen ex-ante-Sicht jedoch vertretbar war. Dass die Diagnose einer akuten Cholecystitis falsch war, wird sowohl von den Gerichtssachverständigen Prof. Dr. F, Prof. Dr. Q, Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 als auch von den Privatgutachtern Prof. Dr. T2 und Dr. J konstatiert und steht zwischen den Parteien auch nicht in Streit. Uneinigkeit herrscht hingegen in der Frage, ob die Diagnose einer akuten Cholecystitis in der damaligen Situation vertretbar war. Der Senat folgt den ihn überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2, die die Diagnose einer akuten Cholecystitis aus ex-ante-Sicht als nachvollziehbar und vertretbar bezeichnet haben. Zur Begründung dieser Bewertung haben die Sachverständigen auf die Anamnese der Klägerin hingewiesen, die sich mit akuten Oberbauchschmerzen notfallmäßig in der Klinik eingefunden hatte, nachdem sie einen Tag zuvor bzw. noch am selben Tag in einer anderen Klinik und bei ihrem Hausarzt notfallmäßig vorstellig geworden war. Die Klägerin hatte berichtet, dass sich bereits ein Jahr zuvor wegen ebenfalls epigastrischen Schmerzen im Krankenhaus T vorgestellt hatte und eine Gastroskopie ohne Befund geblieben war. Die laborchemischen Untersuchung zeigte zwar keine erhöhten Infektparameter (Leukozytenzahl, CRP). Normwertige Entzündungsparameter

44

schließen aber, so die Ausführungen der Sachverständigen Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2, das Vorliegen einer akuten Cholecystitis nicht aus. Die Sachverständigen haben zum Nachweis dieser im Widerspruch zu den Aussagen der Privatgutachter Prof. Dr. T2 und Dr. J stehenden Auffassung auf eine Review-Arbeit von Trowbridge Bezug genommen. Diese habe gezeigt, dass bei einer akuten Cholecystitis die laborchemische Befundkonstellation, also das Vorhandensein oder das Fehlen von entsprechenden Entzündungsparametern, keine signifikante Korrelation mit dem Vorhandensein einer akuten Cholezystitis aufweise. Diesen durch Auswertung von medizinischer Fachliteratur gestützten Ausführungen der Sachverständigen sind die Privatgutachter Prof. Dr. T2 und Dr. J nicht überzeugend entgegen getreten. Die Formulierung von Prof. Dr. T2 in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 05.06.2014, die „Ausführungen grenzen an das Absurde, weil die Definition einer Cholezystitis an Entzündungsreaktionen gebunden sei“ zeigt, dass der Privatgutachter sich mit den wissenschaftlich fundierten Ausführungen von Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 inhaltlich nicht auseinandergesetzt hat.

In Bezug auf den von den Privatgutachtern für die Diagnose einer akuten Cholecystitis geforderten rechtsseitigen Oberbauchschmerz haben die Sachverständigen Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 auf die im Rahmen einer klinischen Studie erhobene hohe Anzahl von Studienpatienten mit Gallensteinleiden hingewiesen, die eine eher abnorme Schmerzsymptomatik aufwiesen und bei denen kein klassischer rechtsseitiger Oberbauchschmerz vorhanden war. Die bei der Klägerin vorgelegene Beschwerdesymptomatik schloss eine akute Entzündung der Gallenblase daher nicht aus.

45

Dass die Sonographie neben dem Nachweis von Sludge eine Dreischichtung der Gallenblasenwand zeigte, was ein Hinweis auf eine akute Cholecystitis hätte sein können, wird in der Behandlungsdokumentation nicht erwähnt. Die Sachverständigen Prof. Dr. L und Prof. Dr. W2 haben jedoch in Übereinstimmung mit den gutachterlichen Ausführungen von Prof. Dr. Q darauf hingewiesen, dass eine Dreischichtung der Gallenblase als obligater Bestandteil der Diagnose einer akuten Gallenblasenentzündung heute nicht mehr gefordert werde. Prof. Dr. W2 hat im Rahmen seiner mündlichen Anhörung überzeugend dargelegt, dass zwar davon ausgegangen werden müsse, dass die Sonographie keine typischen Entzündungszeichen wie Dreischichtung der Gallenblasenwand oder Ödeme gezeigt habe. Es sei aber eben Sludge in der Gallenblase nachgewiesen worden. Der Rückschluss auf eine akute Entzündung sei durch den fließenden Übergang von einer symptomatischen Cholecystolithiasis zu einer akuten Cholecystitis gerechtfertigt. An ein akutes Entzündungsgeschehen habe daher in jedem Fall gedacht werden müssen und dieses habe auch nicht ausgeschlossen werden können.

46

Soweit die Klägerin einwendet, es hätten weitere Befunde erhoben werden müssen, um die Diagnose einer akuten Cholezystitis abzuklären, es hätte insbesondere das sog. Murphy-Zeichen überprüft werden müssen, so verkennt sie, dass auch eine solche Überprüfung in diesem Fall keine wesentlichen Erkenntnisse gebracht hätte. Da aufgrund des histopathologischen Befundes davon auszugehen ist, dass keine akute Cholecystitis vorlag, wäre das Murphy-Zeichen, bei der ein akuter Druckschmerz im Bereich des rechten Oberbauchs überprüft wird, ohne Befund geblieben. Auch ein negativer Befund hätte jedoch nach Ausführung von Prof. Dr. W2 das Bestehen einer Entzündung nicht ausschließen können. Weitere Befunde waren, so der Sachverständige, nicht zu erheben. Für die von Privatgutachter Prof. Dr. T2 angesprochene Möglichkeit einer Nahrungsmittelunverträglichkeit gab es keine Hinweise, eine solche zu vermuten. Weder eine Computertomographie noch eine Ileokoloskopie waren notwendig. Völlig fernliegend sei vorliegend die Anfertigung eines MRT gewesen, welches für den hier betroffenen Bereich keinerlei Aufschluss hätte geben

47

können.

b)	48
Die Klägerin musste auch nicht über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden, denn solche bestanden nicht. Prof. Dr. W2 hat überzeugend erläutert, warum ein weiteres Abwarten vor Durchführung der Cholecystektomie nicht angezeigt war. Ein Abwarten hätte die Gefahr von signifikant höheren Komplikationen bedeutet. Lediglich bei Patienten, bei denen aus Krankheitsgründen besondere Vorsicht geboten sei, könne ein abwartendes Verhalten erwogen werden. Dies war bei der Klägerin jedoch nicht der Fall. Die Durchführung einer Litholyse, bei der die Gallensteine mittels wirkstoffhaltiger Medikamente aufgelöst werden, war nach Ausführung des Sachverständigen ebenfalls keine echte Alternative, denn sie wird, wie bereits ausgeführt, nur bei multimorbiden Patienten und auch nur bei diesen im Ausnahmefall angewendet, weil sie das Steinleiden als solches nicht heilen kann.	49
c)	50
Die Klägerin wurde ausreichend über die Risiken der Operation aufgeklärt. Der Senat nimmt insoweit auf die zutreffenden und nicht ergänzungsbedürftigen Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils Bezug und macht sich die dort enthaltenen Ausführungen zu eigen. Die Aufklärung erfolgte auch rechtzeitig. Ausgehend von der aus maßgeblicher ex-ante-Sicht vertretbaren Diagnose einer akuten Cholecystitis und der Notwendigkeit einer alsbaldigen Operation war die Aufklärung am Vortag der Operation genügend.	51
3.	52
Auf die Frage, welche der von der Klägerin beklagten Beschwerden auf die Operation vom 17.05.2006 zurückzuführen sind, insbesondere ob der Klägerin in Bezug auf die von ihr beklagten Schmerzen im Bauchbereich der Nachweis der Kausalität nur im Falle einer Beweislastumkehr gelingen kann, kommt es mangels haftungsbegründenden Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers nicht mehr an.	53
Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 97, 708 Nr. 10, 711 ZPO.	54
Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Weder hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts. Die entscheidungserheblichen Fragen sind ausschließlich solche des Einzelfalls.	55
Berufungsstreitwert:	56
Klageantrag zu 1): 30.000,- EUR	57
Klageantrag zu 2): 27.095,89 EUR	58
Klageantrag zu 3): 20.000,- EUR	59
Insgesamt: 77.095,89 EUR	60
