
Datum: 02.08.2017
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 166/16
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2017:0802.5U166.16.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 327/13

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 16.11.2016 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 25 O 327/13 - wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden der Klägerin auferlegt.

Das vorliegende Urteil und die angefochtene Entscheidung sind vorläufig vollstreckbar. Der Klägerin wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

I.

Die am 3.8.1953 geborene, stark übergewichtige (BMI 40) Klägerin, der im Jahr 2008 eine Hüfttotalendoprothese rechts von Prof. Dr. S im St. G-Hospital L eingesetzt worden war, stellte sich am 4.2.2010 mit Hüftbeschwerden links im Krankenhaus der Beklagten zu 1) bei dem Beklagten zu 2) vor. Nach der Anfertigung von Röntgenaufnahmen stellte dieser die Diagnose einer Coxarthrose und die Indikation zum Einsatz einer Hüfttotalendoprothese links.

1

2

3

4

Am 23.3.2010 wurde die Klägerin stationär aufgenommen. Nach einem Gespräch mit dem Beklagten zu 4) unterzeichnete sie einen Aufklärungsbogen. Der Beklagte zu 2) führte den Eingriff am 24.3.2010 durch, bei dem er zementfrei eine Pressfit Pfanne und einen Schaft einsetzte. Im laufenden Text des Operationsberichts wird dagegen das Einbringen einer Schraubpfanne beschrieben. Unmittelbar nach dem Eingriff wurde eine Röntgenaufnahme der Hüfte angefertigt. Nachdem am 25.3.2010 bei der Mobilisation ein Knackgeräusch aufgetreten war, welches die Beklagten als Subluxationsereignis beurteilten, wurde am gleichen Tag eine weitere Röntgenaufnahme erstellt. Eine am 28.3.2011 durchgeführte Computertomografie ergab einen Antetorsionswinkel des Schafts von 29°. Die Beklagten besprachen mit der Klägerin die Indikation für eine Revisionsoperation, die die Klägerin allerdings durch Prof. Dr. S durchführen lassen wollte. Am 2.4.2010 wurde sie entlassen.

Am 10.5.2010 nahm Prof. Dr. S die Revisionsoperation im St. G-Hospital in B vor, bei der er die Pfanne und den Aufsteckkopf des Schafts wechselte. Ein entnommener Abstrich ergab keinen Keimnachweis. Nach dem Eingriff hielten die Hüftgelenksbeschwerden an. Ab Oktober 2010 nahmen sie nach Darstellung der Klägerin zu. Umfangreiche Untersuchungen ergaben zunächst keine Erklärung. Am 17.10.2011 stellte sich die Klägerin bei Prof. Dr. T in der P Klinik in L vor. Nach einer Röntgenuntersuchung ergab sich der Verdacht auf eine Schaft- und Pfannenlockerung. Eine Punktion wies den Keim staphylococcus epidermis nach. Am 26.10.2011 baute Prof. Dr. T die Hüftgelenksprothese links aus und setzte einen Spacer ein. Am 10.1.2012 reimplantierte er eine Hüftgelenksprothese.

Die Klägerin hat die Beklagten auf ein Schmerzensgeld von mindestens 90.000 €, Ersatz materieller Schäden von 54.362,50 € und von weiteren 15.934,32 €, Freistellung von vorgerichtlichen Anwaltskosten und Feststellung der Ersatzpflicht in Anspruch genommen. Gestützt auf ein Gutachten von Dr. T (Anlage K 20) nebst Ergänzungen (Bl. 193 ff. und im Anlagenheft unter 3) hat sie den Beklagten vorgeworfen, dass die Pfanne fehlerhaft mit einer vermehrten Anteversion, die aus einer Beckenübersichtsaufnahme vom 4.5.2010 ersichtlich sei, und der Schaft fehlerhaft mit einer vermehrten Antetorsion eingebracht worden seien. Medizinische Gründe hierfür habe es nicht gegeben. Der Eingriff sei nicht fachgerecht geplant worden. Der Operationsbericht sei in wesentlichen Punkten unzutreffend und stelle keine Grundlage für eine Beurteilung dar. Über eine infolge ihrer Adipositas erhöhte Gefahr von Wundheilungsstörungen, Luxationen und Knochenbrüchen sei sie nicht aufgeklärt worden. Nach der letzten Operation im Januar 2012 seien dauerhafte Bewegungseinschränkungen im linken Hüftgelenk verblieben. Ostern 2012 sei sie mit Gehhilfen gestürzt und habe sich einen Riss der Supraspinatussehne zugezogen. Wegen der geltend gemachten materiellen Schäden, insbesondere des Verdienstaufschlags und des Haushaltsführungsschadens, wird auf S. 35 der Klageschrift (Bl. 35 d.A.) und auf S. 2 des Schriftsatzes vom 14.9.2016 (Bl. 347 d.A.) verwiesen.

Die Klägerin hat beantragt,

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld aus der fehlerhaften Behandlung am 24.3.2010 zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 90.000 € nebst fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 4.10.2012,

2. die Beklagten ferner als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 54.362,50 € nebst fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 4.10.2012 zu zahlen,

3. die Beklagten zu verurteilen, sie von der Zahlung der außergerichtlichen Rechtsanwaltskosten freizustellen,

4. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche künftigen immateriellen und alle weiteren materiellen Schäden, die ihr aus der obengenannten fehlerhaften Behandlung entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige berechnigte Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden,	11
5. die Beklagten zu verurteilen, an sie weitere 15.934,32 € nebst fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.	12
Die Beklagten haben beantragt,	13
die Klage abzuweisen.	14
Sie sind dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers entgegen getreten. Der Beklagte zu 4) habe die Klägerin insbesondere über das Risiko einer Luxation und von Infektionen aufgeklärt. Ferner habe der Beklagte zu 2) sie über die infolge ihres Gewichts erhöhten Gefahren von Wundheilungsstörungen, Luxationen und Knochenbrüchen unterrichtet.	15
Das Landgericht hat ein orthopädisches Gutachten von Prof. Dr. L2 (Bl. 141 ff. d.A.) nebst zweier Ergänzungen (Bl. 206 ff. und 256 ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen angehört (Bl. 350 ff. d.A.).	16
Daraufhin hat es die Klage abgewiesen. Ein Behandlungsfehler lasse sich nicht feststellen. Die Operationsplanung anhand der Beckenübersicht habe dem Facharztstandard entsprochen. Der Eingriff sei nicht fehlerhaft durchgeführt worden. Auf den postoperativen Röntgenaufnahmen vom 24.3.2010 und 25.3.2010 seien keine Implantations- oder Lagefehler zu erkennen. Sie stünden der Annahme entgegen, dass die bei der späteren bildgebenden Diagnostik festgestellte Situation schon unmittelbar nach der Operation vorgelegen habe. Es sei vielmehr wahrscheinlich, dass die postoperativ aufgetretenen Knackgeräusche durch eine sekundäre Positionsänderung der Hüftgelenkspfanne verursacht worden seien. Eine derartige Positionsänderung sei als schicksalshafte Komplikation anzusehen. Notwendige intraoperative diagnostische Untersuchungen seien nicht unterlassen worden. Bezüglich der im Jahr 2011 aufgetretenen Infektion sprächen alle Umstände dafür, dass diese erst später entstanden sei. Der Operationsbericht beschreibe, obwohl in ihm ein nicht verwendeter Prothesentyp angeführt werde, den Ablauf des Eingriffs im Übrigen nachvollziehbar. Die Aufklärungsrüge habe keinen Erfolg. Die Klägerin habe bestätigt, dass sie über das Risiko einer Prothesenlockerung in Kenntnis gesetzt worden sei. Der nach Schluss der mündlichen Verhandlung eingereichte Schriftsatz führe zu keinem anderen Ergebnis. Ein radiologisches Zusatzgutachten sei nicht erforderlich. Da eine Pfannendislokation nicht zeitgleich mit dem Auftreten eines Knackgeräuschs einhergehen müsse, sondern sich erst im weiteren Verlauf ausprägen könne, müsse sie auf der Röntgenaufnahme vom 25.3.2010 nicht erkennbar sein.	17
Hiergegen wendet sich die Klägerin mit der Berufung, mit der sie ihre erstinstanzlichen Anträge weiter verfolgt. Mit der Berufungsbegründung hat sie eine weitere Stellungnahme von Dr. T vorgelegt (Bl. 446 ff. d.A.). Das Landgericht habe das in erster Instanz vorgelegte Gutachten von Dr. T nicht ausreichend berücksichtigt. Auf eine sekundäre Positionsänderung der Pfanne als Ursache für die Winkelfehlposition habe Prof. Dr. L2 erstmals in seinem zweiten Ergänzungsgutachten abgestellt. Eine sekundäre Positionsänderung der Pfanne hätte auf dem zeitlich erst nach dem Knackgeräusch angefertigten Röntgenbild vom 25.3.2010 zur Darstellung kommen müssen, was nach den Ausführungen von Prof. Dr. L2 gerade nicht der Fall gewesen sei. Soweit das Landgericht darauf abstelle, dass eine	18

Pfannendislokation nicht zwangsläufig zeitgleich mit dem Auftreten eines Knackgeräusches einhergehen müsse, sondern sich erst im weiteren Verlauf ausprägen könne, spiegele sich dies in den Gutachten von Prof. Dr. L2 nicht wieder. Von einer sekundär dislozierten Pfanne sei weder bei den Beklagten noch bei den nachbehandelnden Ärzten die Rede gewesen. Vor diesem Hintergrund habe das Landgericht ein Obergutachten oder ein radiologisches Zusatzgutachten in Auftrag geben müssen. Allerdings ließen sich die Anteversion der Pfanne und die Antetorsion des Schaftes, wie Dr. T nachvollziehbar dargelegt habe, auf den unmittelbar postoperativ angefertigten, minderqualitativen Röntgenaufnahmen nicht beurteilen. Eine sekundäre Dislokation sei jedoch nicht nur unwahrscheinlich, sondern sogar auszuschließen, da auf den postoperativen Aufnahmen die Inklination der Pfanne in Relation zu einem sogenannten Erkerosteophyten nicht verändert erscheine. Es sei nicht wahrscheinlich, dass sich bei der Dislokation einer Pfanne diese nur in einer Ebene (Anteversion) verändere und in der zweiten Ebene (Inklination) unverändert bleibe. Sowohl die vermehrte Anteversion der Pfanne als auch die vermehrte Antetorsion des Schaftes hätten durch eine subtile Planung bereits im Vorfeld der Operation vermieden werden können und seien als vermeidbare Fehlimplantation zu werten, die nicht durch ihren erhöhten BMI zu erklären und zu entschuldigen sei.

Über ein infolge Adipositas erhöhtes Risiko einer Winkelfehlposition oder einer Luxation sei sie nicht aufgeklärt worden. Bei ihrer Anhörung habe sie nur eine Aufklärung über das Risiko einer Prothesenlockerung, nicht aber eine Unterrichtung über ein wegen Adipositas erhöhtes Risiko bestätigt. Im Fall einer entsprechenden Aufklärung hätte sie den Eingriff von dem Operateur durchführen lassen, der im Jahr 2008 die rechte Hüfte behandelt habe. Auch über das eingetretene Risiko einer Infektion in Folge der aufgrund der Fehlbehandlung notwendig gewordenen Revisionsoperation sei sie nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden. 19

Der Sachverständige habe pauschal behauptet, dass die präoperativen Untersuchungen sowie die intraoperativen Schritte die Beklagten dem Standard entsprochen hätten, ohne dabei auszuführen, worin dieser bestanden habe. Die Beklagten könnten die durchgeführte Operationsplanung als auch ein ordnungsgemäßes intraoperatives Vorgehen aufgrund des mangelbehafteten Operationsberichts nicht nachweisen. Ferner habe die Beklagte zu 1) die Operationsplanung betreffende Unterlagen vor Ablauf der Aufbewahrungsfrist vernichtet. 20

II. 21

Die Berufung ist unbegründet. 22

Die Klägerin kann von den Beklagten gemäß §§ 280 Abs. 1, 243 Abs. 1, 249 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB weder die Zahlung eines Schmerzensgeldes noch materiellen Schadensersatz verlangen. 23

1. Das Landgericht hat einen den Beklagten anzulastenden Behandlungsfehler in nicht zu beanstandender Weise verneint. Eine weitere Sachaufklärung ist nicht erforderlich. 24

a) Von einer fehlerhaften Operationsplanung kann nach den Ausführungen von Prof. Dr. L2 und Dr. T nicht ausgegangen werden. 25

Während Prof. Dr. L2 dargelegt hat, dass die Planung anhand einer Beckenübersicht mit Hilfe von Röntgenschablonen dem Facharztstandard entspreche (Bl. 259 d.A.), hat Dr. T für die Planung des Einsatzes einer Hüfttotalendoprothese eine weitere Röntgenaufnahme in einer zweiten Ebene für erforderlich gehalten (Bl. 194 d.A.), die allerdings wie die Beckenübersicht in der Bilddokumentation vorhanden und von Prof. Dr. L2 ausgewertet worden ist (Bl. 259a 26

d.A.). Dass sich die Röntgenschablonen, deren Verwendung zur Planung im Operationsbericht angeführt ist, nicht mehr bei den Behandlungsunterlagen befinden, lässt keine Schlüsse zu Gunsten der Klägerin zu. Ein Dokumentationserfordernis ist von Prof. Dr. L2 schlüssig verneint worden (Bl. 351 d.A.). Ihre Aufbewahrung ist nicht erforderlich, um den behandelnden Arzt oder mit- und nachbehandelnde Ärzte in einem späteren Zeitpunkt über wesentliche Vorgänge oder Befunde zu informieren. Die Schablonen werden nach den Erläuterungen des Sachverständigen vom Prothesenhersteller geliefert und nicht individualisiert.

b) Es lässt sich nicht feststellen, dass die Beklagten fehlerhaft die Hüftpfanne mit einer zu hohen Anteversion und den Schaft mit einer zu hohen Antetorsion eingebracht haben. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. T in erster Instanz und in der mit der Berufungsbegründung vorgelegten weiteren Stellungnahme. Und bei dieser schon in der mündlichen Verhandlung näher dargelegten Auffassung bleibt der Senat auch nach den weiteren Ausführungen der Klägerin im Schriftsatz vom 25.07.2017. 27

aa) Es kann nicht mit der für die Feststellung eines Behandlungsfehlers erforderlichen Sicherheit angenommen werden, dass die aus der Beckenübersichtsaufnahme vom 4.5.2010 ersichtliche vermehrte Anteversion, das heißt eine Öffnung mehr nach vorne (ventral), bereits bei und unmittelbar nach der Einbringung der Pfanne während der Operation vom 24.3.2010 bestand. 28

Prof. Dr. L2 hat die am 24.3.2010 postoperativ und die am 25.3.2010 gefertigten Röntgenaufnahmen der Hüfte vor der Erstellung des zweiten Ergänzungsgutachtens und nochmals vor der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht ausgewertet und dahin befundet, dass sie, auch wenn sie insbesondere angesichts der Adipositas der Klägerin von eingeschränkter Qualität seien, keine Hinweise für einen Fehler bei der Implantation der Pfanne oder des Schaftes und eine fehlerhafte Lage enthielten (Bl. 259a, 351R, 353 d.A.). Auch Dr. T hat nach Einsicht der ihm übersandten Röntgenaufnahmen keinen Lagefehler beschrieben. Vielmehr hat er ausgeführt, dass die begrenzte Qualität der unmittelbar postoperativ gefertigten Röntgenaufnahmen keine klare Aussage über das Vorliegen eines „Mondgelenks“, das heißt einer vermehrten Pfannenanteversion, zulasse. Vor diesem Hintergrund ist im vorliegenden Zusammenhang die von der Klägerin beantragte Einholung eines radiologischen Gutachtens nicht erforderlich. Zum einen können Unfallchirurgen und Orthopäden in ihrem Fachbereich erstellte Röntgenaufnahmen, wie dem Senat aus zahlreichen Verfahren bekannt ist, selbst befunden. Zum anderen würde die nach übereinstimmender Auffassung von Prof. Dr. L2 und Dr. T eingeschränkte Qualität der Aufnahmen auch für einen Radiologen keine völlig eindeutigen Aussagen zulassen. 29

Prof. Dr. L2 hat darauf hingewiesen, dass mit den ab dem 25.3.2010 aufgetretenen Knackgeräuschen eine sekundäre Veränderung der Position der Pfanne einhergegangen sein könne und eine solche angesichts des zunächst unauffälligen Inhalts der Röntgenaufnahmen als wahrscheinlich bewertet (Bl. 261, 351R d.A.). Die sachverständig beratene Klägerin hat in ihrer Stellungnahme nach der mündlichen Verhandlung und in der Berufungsbegründung eingeräumt, dass eine sekundäre Positionsveränderung grundsätzlich möglich ist (Bl. 437 f. d.A.). Gegenüber der Beurteilung von Prof. Dr. L2 macht die Klägerin ohne Erfolg geltend, dass eine Positionsänderung der Pfanne auf dem nach dem ersten Auftreten eines Knackgeräuschs am 25.3.2010 gefertigten Röntgenbild zur Darstellung hätte kommen müssen, was nach den Ausführungen von Prof. Dr. L2 aber nicht der Fall gewesen sei und auch Dr. T nicht festgestellt habe. Denn Prof. Dr. L2 hat ergänzend erläutert, dass sich die Positionsänderung nicht mit dem Knacken ausbilden müsse, sondern im weiteren 30

Verlauf entwickeln könne (Bl. 352 d.A.). Anders als es die Klägerin geltend macht, beruhen die entsprechenden Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil demzufolge nicht auf einer eigenen, nicht von Sachkunde getragenen Annahme des Landgerichts. Dass ein entsprechender Hergang im Streitfall ernsthaft möglich ist, ist plausibel, weil für den 26.3.2010 weitere als Subluxationsereignisse bewertete Knackgeräusche im Pflegebericht und im Arztbericht dokumentiert sind. Dementsprechend hat die Klägerin in der Klageschrift vorgetragen, dass die Hüfte nach dem ersten Ereignis in der darauffolgenden Nacht erneut „geschnappt“ habe. Da eine Positionsänderung der Pfanne nach Anfertigung der Röntgenaufnahme vom 25.3.2010 ernsthaft möglich ist, ist der unter Beweis durch Einholung eines radiologischen Gutachtens gestellte Vortrag der Klägerin unerheblich, dass sich die Inklination der Pfanne auf den Röntgenaufnahmen vom 24.3.2010 und 25.3.2010 im Verhältnis zu einem Erkerosteophyten nicht verändert habe, was gegen eine Positionsänderung in nur einer anderen Ebene (Anteversion) streite und diese ausschließe.

Der Hinweis von Dr. T in der mit der Berufungsbegründung vorgelegten ergänzenden Stellungnahme, dass eine sekundäre Positionsänderung mit einer primär fehlenden Stabilität der Pfanne einhergegangen wäre, welche sich klinisch hätte bemerkbar machen müssen, führt zu keiner anderen Beurteilung. Die Klägerin hat selbst dargelegt, dass es nach der Entlassung aus dem Krankenhaus der Beklagten zu 1) bei der Untersuchung durch Prof. Dr. S schon bei leichtem Ziehen an dem Bein zu einem Herausschnappen des Gelenks gekommen ist. Im Übrigen geht auch Dr. T nur davon aus, die nachträglich festgestellte vermehrte Anteversion der Pfanne mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die Primärimplantation verursacht worden sei. Eine fehlerhafte Primärimplantation sei deutlich wahrscheinlicher als eine sekundäre Dislokation (Bl. 449 d.A.). Selbst dieser Grad an Gewissheit würde jedoch nicht ausreichen, um einen Behandlungsfehler mit dem Beweismaß des § 286 ZPO festzustellen. 31

Prof. Dr. L2 hat eine sekundäre Positionsänderung als Komplikation bewertet, die auch bei standardgerechtem Vorgehen vorkommen kann (Bl. 262 d.A.). Diese Beurteilung leuchtet ein. Dem Senat ist bekannt, dass Luxationen und Implantatlockerungen bei Hüftoperationen als mögliche Komplikationen aufgeklärt werden. Dr. T ist in diesem Punkt der Bewertung von Prof. Dr. L2 nicht entgegen getreten. 32

bb) Auch der bei der Computertomografie vom 28.3.2010 festgestellte vermehrte Antetorsionswinkel des Schaftes von 29° kann nach den Ausführungen von Prof. Dr. L2 angesichts des unauffälligen Inhalts der unmittelbar postoperativ gefertigten Röntgenbilder und der aufgetretenen Knackgeräusche auf einer sekundären Positionsänderung beruhen (Bl. 353 d.A.). 33

Im Übrigen würde ein Antetorsionswinkel von 29°, wie Prof. Dr. L2 weiter dargelegt hat, für sich genommen keinen Verstoß gegen den fachärztlichen Standard begründen (Bl. 353 d.A.). Diese Beurteilung ist schlüssig. Sie wird nicht zuletzt dadurch gestützt, dass Prof. Dr. S bei der Revisionsoperation vom 10.5.2010 nur die Pfanne ausgetauscht und den Schaft belassen hat. Auf die im Schriftsatz vom 25.07.2017 aufgeworfene Frage, ob er diesen Winkel auch von Anfang an gewählt hätte, kommt es hingegen nicht an. 34

c) Nach fachärztlichem Standard gebotene intraoperative Befunderhebungen und Überprüfungen sind nicht unterblieben. 35

Der Sachverständige Prof. Dr. L2 hat dem Operationsbericht entnehmen können, dass die Beklagten während des Eingriffs eine Prüfung der Hüftstabilität vorgenommen haben. Das Landgericht hat dargelegt und schlüssig begründet, warum der Operationsbericht, obwohl er 36

im laufenden Text einen nicht verwendeten Pfannentyp anführt und vom Beklagten zu 2) nicht unterschrieben ist, eine ausreichend sichere Grundlage für die Beurteilung des Verlaufs der Operation im Übrigen bietet. Hierzu hat es auf die von den Beklagten vorgenommenen Individualisierungen der vorgegebenen Textbausteine hingewiesen. Die Klägerin hat demgegenüber in der Berufungsbegründung keine konkreten Einwände erhoben. Im Übrigen hat der Beklagte zu 4), der als Assistent an der Operation beteiligt war, bei seiner Anhörung durch das Landgericht bestätigt, dass eine Prüfung der Hüftstabilität ein selbstverständlicher Teil einer jeden Implantation einer Hüftgelenksprothese war. Bedenken gegen die Glaubhaftigkeit dieser Angaben bestehen nicht.

Die Klägerin zeigt nicht auf, dass nach fachärztlichem Standard weitere intraoperative Überprüfungen erforderlich gewesen wären. Insbesondere hat der von ihr beauftragte Sachverständige Dr. T hierzu nichts ausgeführt.

37

2. Die Beklagten haften der Klägerin nicht wegen mangelhafter Eingriffs- und Risikoaufklärung vor der Operation vom 24.3.2010.

38

a) Die Beklagten haben die Klägerin vor dem Eingriff ordnungsgemäß aufgeklärt. Die Klägerin bestreitet nicht, dass sie entsprechend dem von ihr am 23.3.2010 unterzeichneten Aufklärungsbogen aufgeklärt worden ist. Über den vorgedruckten Text hinaus sind in diesem als besprochene Risiken handschriftlich „Blutung, Nachblutung, Thrombose, Embolie, Infektion, Wundheilungsstörung (ggf. TEP-Ausbau), u.U. Verletzung (Niere, Gefäße), Narbe, Beschwerdepersistenz, Lagerungs- und Druckschäden, Lockerung (15 Jahre), Frühlockerung, periprothetische Fraktur und Luxation“ vermerkt. Bei ihrer Befragung vor dem Landgericht hat die Klägerin bestätigt, dass ihr gegenüber insbesondere eine Lockerung in einem zeitlichen Rahmen von 10 bis 15 Jahren und die Möglichkeit einer kurzfristigeren Lockerung erwähnt worden seien.

39

Über ein infolge Adipositas erhöhtes Risiko einer Luxation oder einer Lockerung der Hüftprothese mussten die Beklagten die Klägerin nicht unterrichten. Der Sachverständige Prof. Dr. L2 hat die schriftliche Aufklärung, die einen entsprechenden Hinweis nicht enthält, als ordnungsgemäß und ausreichend bewertet. Dies ist nicht zu beanstanden und nach rechtlichen Maßstäben zutreffend. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs muss der Patient „im Großen und Ganzen“ wissen, worin er einwilligt. Dazu muss er über die Art des Eingriffs und seine nicht ganz außerhalb der Wahrscheinlichkeit liegenden Risiken informiert werden, soweit diese sich für einen medizinischen Laien aus der Art des Eingriffs nicht ohnehin ergeben und für seine Entscheidung von Bedeutung sein können. Dem Patienten muss eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs und den spezifisch mit ihm verbundenen Risiken vermittelt werden, ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern (BGH, Urteil vom 6.7.2010 – VI ZR 198/09, iuris Rdn. 11, abgedruckt in VersR 2010, 1220 f.). Dass ein erhebliches Übergewicht zu einer verstärkten mechanischen Belastung des Hüftgelenks führt und sich aus der mechanischen Belastung ergebende Risiken wie eine Luxation oder eine Lockerung der Prothese erhöht sein können, liegt auch für einen medizinischen Laien auf der Hand und ergibt sich aus der Art des Eingriffs für ihn ohnehin. Wenn es ihm auf die Bedeutung des Übergewichts für die Behandlung ankommt, kann er nachfragen. Die vorstehende Bewertung wird mittelbar dadurch bestätigt, dass die Klägerin nach ihrem Vortrag auch vor den übrigen, insgesamt vier Hüftoperationen nicht über sich aus ihrem Übergewicht ergebende erhöhte Risiken aufgeklärt worden ist.

40

Über das bei einer möglichen Revisionsoperation bestehende Infektionsrisiko mussten die Beklagten die Klägerin entgegen der in der Berufungsbegründung geäußerten Rechtsauffassung nicht aufklären. Es ist für einen Patienten offensichtlich, dass auch bei

41

einer Revisionsoperation an der Hüfte die bei dem Ersteingriff bestehenden Risiken gegeben sind. Vor dem streitgegenständlichen Eingriff ist am 23.3.2010 die Gefahr einer Infektion unbestritten angesprochen worden.

b) Sofern die Erhöhung des Risikos einer Luxation oder einer Lockerung der Hüftprothese durch Adipositas gesondert aufklärungspflichtig wäre, würde der von den Beklagten erhobene Einwand einer hypothetischen Einwilligung durchgreifen. 42

Einen den Einwand der hypothetischen Einwilligung entkräftenden Entscheidungskonflikt hat die Klägerin in den eingereichten Schriftsätzen und bei ihrer Anhörung durch den Senat nicht schlüssig dargelegt. Sie hat allein geltend gemacht, dass sie sich bei entsprechender Aufklärung durch einen anderen Arzt, etwa Prof. Dr. S, der im Jahr 2008 den Eingriff an der rechten Hüfte vorgenommen hatte, hätte operieren lassen. Es ist nicht plausibel, warum gerade die Erörterung der Erhöhung bestimmter Risiken durch Adipositas zu einer Entscheidung für einen anderen Operateur oder dazu, dass die Klägerin eine solche Entscheidung ernsthaft erwogen hätte, hätte führen sollen. Die besprochenen, in der Summe weit schwerwiegenden Risiken haben die Klägerin nicht zur Änderung ihrer Planung und zu einem Wechsel des behandelnden Arztes veranlasst. Sie hat auch nicht vorgetragen, nach dem tatsächlich durchgeführten Aufklärungsgespräch eine Operation durch Prof. Dr. S noch einmal in Betracht gezogen zu haben. Vor diesem Hintergrund hätte es zu einer beachtlichen Darstellung eines Entscheidungskonflikts gehört, aufzuzeigen, warum gerade eine gewisse Erhöhung bestimmter Risiken durch Adipositas für die Entscheidungsfindung der Klägerin und die Wahl des Operateurs besondere Bedeutung hatte oder hätte haben können. Eine Risikoerhöhung bestand nicht nur bei den Beklagten, sondern stellte einen für jede Operation und jeden Operateur geltenden Umstand dar. 43

3. Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Die entscheidungserheblichen Fragen sind solche des Einzelfalls. 44

Berufungsstreitwert: 170.296,82 € 45