
Datum: 21.10.2013
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 17/12
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2013:1021.3U17.12.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 1 O 110/09
Schlagworte: Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler, Leistenbruchrezidivoperation, Hodenschädigung, Zusatzvertrag, Chefarztbehandlung,
Normen: §§ 280 Abs. 1, 611, 823 BGB

Leitsätze:

Ein Patient kann für die Schädigung seiner Hoden keinen Schadensersatz vom Krankenhaus einer Klinik verlangen, in der er an der Leiste operiert wurde, nachdem die Leistenbruchrezidivoperation weder behandlungsfehlerhaft durchgeführt noch der Kläger unzureichend aufgeklärt worden ist. Allein aus dem Abschluss eines Zusatzvertrages über eine Chefarztbehandlung kann jedenfalls dann nicht grundsätzlich eine Beschränkung der Einwilligung auf eine Vornahme der Operation durch den Chefarzt selbst hergeleitet werden, wenn der Zusatzvertrag eine Vertreterregelung enthält.

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 30.11.2011 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden

Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

<u>Gründe</u>	1
I.	2
Der 1965 geborene Kläger nimmt die Beklagte, die Trägerin des St. T-Krankenhauses I ist, wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung auf Schmerzensgeld und materiellen Schadensersatz in Anspruch.	3
Der Kläger ließ bereits in den Jahren 1995 und 1987 Operationen nach Leistenbrüchen linksseitig bei der Beklagten durchführen, 1997 wurde zugleich (zweizeitig) ein Leistenbruch rechtsseitig behandelt. Am 01.02.2007 stellte er sich aufgrund einer Krankenseinweisung seines Hausarztes, Dr. E, erneut in der chirurgischen Ambulanz im Sankt T-Hospital I wegen einer operativen Behandlung eines beidseitigen Leistenhernienrezidivs vor. Das Vorgespräch am 01.02.2007 führte der Zeuge Dr. P, der zum damaligen Zeitpunkt als Oberarzt in der Chirurgischen Abteilung des St. T-Krankenhauses tätig war. Gegenstand des Gesprächs war neben den Risiken insbesondere die Auswahl der operativen Vorgehensweise, wobei der Zeuge Dr. P dem Kläger eine Hernienreparation beidseits mit Netzeinlage in konventioneller Technik - sog. Operation nach Lichtenstein - empfahl und eine gleichzeitige Versorgung beider Leistenbrüche in einem Operationstermin (sog. einzeitige Operation). Als Operationstermin wurde der 13.02.2007 vereinbart und dem Kläger ein Aufklärungsbogen zur Mitnahme nach Hause ausgehändigt.	4
Zu diesem Zeitpunkt litt der Kläger bereits seit rund sechs Jahren an ausgeprägten Potenzstörungen. Entsprechende Therapieversuche - SKAT-Therapie, Viagra - waren erfolglos geblieben.	5
Am 9.2.2007 führte die Zeugin Dr. H mit dem Kläger ein Aufnahme- und Aufklärungsgespräch, wobei sie sich eines proCompliance-Aufklärungsbogen für eine Leisten- und Schenkelbruchoperation in minimal invasiver Technik bediente, da ein Aufklärungsbogen für die geplante Operation in konventioneller Technik an diesem Tage nicht zur Verfügung stand.	6
Der Kläger, der privat zusatzversichert war, wurde am 13.2.2007 stationär aufgenommen. Dabei wurden eine Chefarztwahl und weitere Wahlleistungen vereinbart. Am selben Tage wurde er durch den Zeugen Dr. P operiert. Der Chefarzt der chirurgischen Abteilung, Dr. I2, war an diesem Tage verhindert.	7
Postoperativ kam es zu einer Hämatombildung und zu einer Schwellung im Bereich des Skrotums, wobei der Zeitpunkt des Auftretens und der Umfang der Beschwerden zwischen den Beteiligten streitig ist. Im Kurvenblatt ist erstmalig am 17.2.2007 durch den Zeugen Dr. P eine „leichte Schwellung im Hodensack“ vermerkt sowie für den Entlassungstag, Dienstag, 20.2.2007, ein „Skrotalfächerhämatom ? Beschwerden!“. Im Entlassungsbrief an den Hausarzt wurde ein induriertes Hämatom im Bereich beider Skrotalfächer ohne Beschwerden beschrieben.	8

Am Freitag, 23.2.2007, stellte sich der Kläger bei seinem Hausarzt, Dr. E, vor und gab Schmerzen „je nach Lage“ im Skrotumbereich an. Bei der Untersuchung stellte Dr. E ein „ausgeprägtes Scrotalhämatom bds., sehr induriert“ fest sowie eine Hodenschwellung, „mäßig druckdolent“. Dr. E empfahl dem Kläger eine weitere Schonung und moderate Kühlung der Hoden, und – nach Rücksprache mit dem Urologen Dr. T, zu einem Abwarten. In den folgenden Tagen stellte sich eine leichte Besserung der Beschwerden ein, bei der Untersuchung am 2.3.2007 gab der Kläger aber weiterhin Beschwerden bei Druck, etwa beim Sitzen, an. Nach wie vor fand sich ein ausgeprägtes, allerdings etwas rückläufiges Hämatom im Bereich des Scrotums, die Hoden waren induriert.

Aufgrund der nur zögerlichen Besserung empfahl Dr. E dem Kläger schließlich am 16.3.2007 eine urologische Kontrolle. Anschließend erfolgten Vorstellungen des Klägers beim Urologen Dr. T sowie am 23.3.2007 in der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums N. Dort wurde u.a. sonografisch eine Minderperfusion beider Hoden festgestellt. Zudem stellte sich der Kläger mehrfach in der Abteilung für Reproduktionsmedizin der Universität Münster vor; die Untersuchungen ergaben insbesondere jeweils den Befund einer Verhärtung des rechten Hodens. 10

Am 25.10.2007 erfolgte eine Operation in der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums N zum Ausschluss eines Hodentumors. Hierbei zeigte sich eine schwartige Verwachsung des rechten Hodens mit den Hodenhüllen und dem Hodensack sowie eine komplette ältere Nekrose des rechten Hodens, der daraufhin entfernt wurde. Die Histologie ergab u.a. einen vitalen Samenstrang mit stenosierte Blutgefäßen. Zusätzlich erfolgte eine testikuläre Spermienextraktion aus dem linken Hoden – die so gewonnenen Spermien wurden kryotechnisch konserviert - sowie eine dortige Probiopsie mit dem Ergebnis einer nur qualitativ erhaltenen Spermatogenese. In der Folgezeit erhielt der Kläger eine Testosteron-Substitutionstherapie. 11

Der Kläger hat behauptet, die Operation am 13.2.2007 sei fehlerhaft gewesen, insbesondere habe die gewählte Methode nicht dem fachärztlichen Standard entsprochen. Zudem sei nicht sach- und zeitgerecht auf die postoperativ aufgetretenen Beschwerden reagiert worden. Infolge der fehlerhaften Behandlung sei es bei ihm zu einem Absterben des rechten Hodens, einer irreparablen Schädigung des linken Hodens und in weiterer Konsequenz zur Unfruchtbarkeit, einer stark eingeschränkten sexuellen Leistungsfähigkeit sowie einem Testosteronmangel gekommen. Hierdurch sei er sowohl in seinem Intimleben als auch in seinen sonstigen sozialen Kontakten beeinträchtigt. Aufgrund der Beeinträchtigungen habe er sich auch gezwungen gesehen, sein Arbeitsverhältnis zu kündigen. Auch seien Kosten für die (erfolglosen) Versuche einer In-vitro-Fertilisation mit Hilfe des eingefrorenen Spermas entstanden. 12

Weiter hat der Kläger eine unzureichende Aufklärung über den Eingriff gerügt und insbesondere darauf verwiesen, dass entgegen der Wahlarztvereinbarung die Operation unstreitig nicht durch den Chefarzt, sondern durch den Oberarzt Dr. P durchgeführt worden sei. 13

Der Kläger hat beantragt, 14

1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld, welches 120.000 € nicht unterschreiten sollte, nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1,247 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen, 15

2. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, 16

a) den Kläger von jeglichen nicht vorhersehbaren künftigen materiellen Schäden freizustellen und	17
b) jegliche nicht vorhersehbaren künftigen immateriellen Schäden zu ersetzen,	18
die auf die Behandlung ab Februar 2007 zurückzuführen sind, soweit diese nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind,	19
3. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 2266 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 72 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen,	20
4. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger fiktive Haushaltsführung Kosten i.H.v. 1710 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen,	21
5. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger Verdienstausfall i.H.v. 834 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen,	22
6. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger außergerichtliche, nicht anrechenbare Rechtsanwaltsgebühren i.H.v. 5197,33 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen,	23
hilfsweise hierzu: festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, den Kläger von außergerichtlichen, nicht anrechenbaren Rechtsanwaltsgebühren i.H.v. 5197,33 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 gegenüber Herrn I, Bebelstraße 13,45770 Marl freizustellen.	24
Die Beklagte hat beantragt,	25
die Klage abzuweisen.	26
Die Beklagte hat vorgetragen, der Kläger sei durch die Zeugen Dr. P und Dr. H im gebotenen Umfang aufgeklärt worden. Bei dem Aufklärungsgespräch sei trotz der Verwendung des falschen Aufklärungsbogens der Kläger tatsächlich über den geplanten Eingriff im Wege der Laparotomie aufgeklärt worden. Der Kläger sei über die möglichen Komplikationen wie Hämatombildung und Durchblutungsstörungen mit all ihren Konsequenzen hingewiesen worden. Auch sei ihm das erhöhte Komplikationsrisiko bei einer Rezidivoperation erläutert worden.	27
Die Behandlung durch den Oberarzt Dr. P sei nicht zu beanstanden. Dem Kläger sei die Abwesenheit des Chefarztes mitgeteilt worden. Er habe in eine Behandlung durch den Oberarzt eingewilligt.	28
Die Operation selbst sei medizinisch indiziert und fachgerecht durchgeführt worden. Die postoperativen Komplikationen seien konservativ zu behandeln gewesen.	29
Das Landgericht hat ein viszeralchirurgisch/fachchirurgisches Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. M eingeholt, welches der Sachverständige im Kammertermin mündlich erläutert hat. Weiter hat das Landgericht in der mündlichen Verhandlung am 30.11.2011 den Kläger persönlich angehört und die Zeugen Dr. H und Dr. P vernommen.	30
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachvortrags erster Instanz wird auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils Bezug genommen.	31
	32

Mit dem am Schluss der mündlichen Verhandlung verkündeten Urteil hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt: Es sei weder ein Behandlungsfehler noch ein Aufklärungsfehler festzustellen. Die Beweisaufnahme habe ergeben, dass weder hinsichtlich der Operation selbst noch hinsichtlich der postoperativen Behandlung des Skrotalhämatoms ein Behandlungsfehler vorliege. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen sei die Operation indiziert und fehlerfrei durchgeführt worden. Auch die anschließende Behandlung des Klägers sei lege artis erfolgt. Die konservative Behandlung des Skrotalhämatoms habe dem fachärztlichen Standard entsprochen. Eine invasive Behandlung sei nur bei sehr starken Einblutungen oder beim Vorliegen einer ischämischen Orchitis (Entzündung der Hoden) geboten gewesen. Ein solcher Ausnahmefall habe beim Kläger jedoch nicht vorgelegen, wie sich schon aus dessen eigenen Schilderungen seines Zustandes nach der Operation ergebe. Der Sachverständige habe nicht feststellen können, warum es zum Absterben des rechten Hodens gekommen sei. Auf einen Fehler der Beklagten habe er dies nicht zurück führen können.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme sei auch kein Aufklärungsfehler feststellbar. Der Kläger sei bereits aufgrund der vorhergehenden Leistenbruchoperationen hinreichend über die Gefährlichkeit des Eingriffs für die männlichen Genitalorgane informiert gewesen. Zudem sei er auch vor der Operation noch einmal ausführlich über die Risiken der Operation und die Art des Eingriffs aufgeklärt worden. Dies ergebe sich aus den glaubhaften Bekundungen der Zeugen Dr. P und Dr. H. Die Zeugin Dr. H habe insbesondere bekundet, darauf hingewiesen zu haben, dass es bei einer Rezidivoperation zu einer höheren Komplikationsrate bezüglich Gefäßverletzungen oder Durchblutungsstörungen kommen könne. Auch der Zeuge Dr. P habe den Kläger auf dieses erhöhte Risiko hingewiesen. Der Kläger selbst habe angegeben, dass ihm bekannt gewesen sei, dass es zu einer Samenleiterschädigung und einer Schädigung der Hoden allgemein kommen könne. Auf das Risiko sei auch im verwendeten Aufklärungsbogen deutlich hingewiesen worden. Dass die Zeugin Dr. H bei dem Aufklärungsgespräch einen Aufklärungsbogen für eine endoskopische Operationstechnik verwendet habe, sei nicht ausschlaggebend. Dem Kläger sei durch das Vorgespräch mit Dr. P und die entsprechend angepasste Aufklärung durch die Zeugin Dr. H klar gewesen, dass bei ihm eine offene Operationsmethode unter Einlage einer Netzplastik zum Einsatz kommen solle.

Der Kläger könne sich auch nicht darauf berufen, dass er ausdrücklich eine Behandlung durch den Chefarzt gewünscht habe und deshalb eine Behandlung durch den Oberarzt nicht von der Einwilligung in die Operation gedeckt gewesen sei. Aus dem Vortrag des Klägers ergebe sich nicht, dass eine Operation ausschließlich durch den Chefarzt vereinbart worden sei. Vielmehr habe er bei seiner Anhörung eingeräumt, dass darüber nicht gesprochen worden sei, er aber aufgrund seiner privaten Zusatzversicherung von einer Chefarztbehandlung ausgegangen sei.

Mit seiner form- und fristgerecht eingelegten Berufung greift der Kläger die erstinstanzliche Entscheidung in folgenden Punkten an:

Die Ausführungen des Sachverständigen seien in mehreren Punkten unvollständig bzw. nicht überzeugend: Bei dem beim Kläger vorliegenden Hämatom habe es sich mit Blick auf die geschilderte Größe um ein groteskes Hämatom gehandelt, so dass eine Schädigung durch das Hämatom naheliegend sei. Es sei unzutreffend, wenn der Sachverständige davon ausgehe, bei einer grotesken Einblutung müssten weitere Symptome wie ein erhöhter Puls, Kaltschweiß oder Schockzustand vorliegen. Dies ergebe sich aus einem Vergleich mit der Hodentorsion, bei der solche Symptome auch nicht regelmäßig auftreten würden. Der

Sachverständige sei weiter fälschlich davon ausgegangen, dass der Kläger bereits seit Jahren im Universitätsklinikum Münster wegen chronischer Durchblutungsstörungen behandelt worden sei. Der Sachverständige habe keine naheliegende andere Ursache für das Absterben des Hodens außer der Operation benannt. Erst nach der Operation sei es schlagartig zu einer Gewichtszunahme, dem Ausbleiben des Bartwuchses und der Entwicklung einer Brust gekommen. Dies sei Folge des Testosteronmangels, der wiederum auf die Schädigung des Hodens zurückzuführen sei. Wenn bereits vor der Operation Durchblutungsstörungen vorgelegen hätten, dann hätten sich diese Symptome auch schon früher zeigen müssen.

Weiterhin beanstandet der Kläger die Würdigung der Aussagen der Zeugen Dr. P und Dr. H zum Inhalts der Aufklärungsgespräche. Bei der Beurteilung der Glaubwürdigkeit habe sich das Landgericht nicht damit auseinandergesetzt, dass die Zeugen sich vor der mündlichen Verhandlung noch länger mit dem Prozessbevollmächtigten der Beklagten unterhalten hätten. Der Zeuge Dr. P habe erst auf Nachfrage bekundet, dass er auf die Möglichkeit einer Verletzung der Hoden hingewiesen habe. Dass er auf das erhöhte Risiko hingewiesen habe, habe er ebenfalls erst auf gezielte Nachfrage angegeben. Die Angaben der Zeugin Dr. H seien unplausibel, insbesondere, was die behauptete Dauer des Aufklärungsgesprächs angehe. Auch sie habe nicht auf das erhöhte Risiko hingewiesen. 37

Der Kläger vertritt die Auffassung, auch ohne ausdrücklichen Hinweis seinerseits habe die Beklagte aufgrund der Privatversicherung davon ausgehen müssen, dass er eine Behandlung durch den Chefarzt wünsche. Könne diese nicht gewährleistet werden, so müsse der Patient hierauf hingewiesen werden, insbesondere, wenn keine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestehe. 38

Der Kläger beantragt, 39

abändernd 40

1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld, welches 120.000 € nicht unterschreiten sollte, nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen, 41

2. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, 42

a) den Kläger von jeglichen nicht vorhersehbaren künftigen materiellen Schäden freizustellen und 43

b) jegliche nicht vorhersehbaren künftigen immateriellen Schäden zu ersetzen, 44

die auf die Behandlung ab Februar 2007 zurückzuführen sind, soweit diese nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind, 45

3. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 2266 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 72 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen, 46

4. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger fiktive Haushaltsführung Kosten i.H.v. 1710 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen, 47

5. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger Verdienstaufschlag i.H.v. 834 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen, 48

6. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger außergerichtliche, nicht anrechenbare Rechtsanwaltsgebühren i.H.v. 5197,33 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 zu zahlen,	
hilfsweise hierzu: Festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, den Kläger von außergerichtlichen, nicht anrechenbaren Rechtsanwaltsgebühren i.H.v. 5197,33 € nebst gesetzlicher Zinsen gemäß §§ 288 Abs. 1, 247 BGB seit dem 16.1.2009 gegenüber Herrn I, C-Straße ##,##### N1 freizustellen.	50
Die Beklagte beantragt,	51
die Berufung zurückzuweisen.	52
Sie verteidigt die erstinstanzliche Entscheidung und trägt insbesondere ergänzend vor: Hinsichtlich des indurierten Hämatoms sei eine weiterführende Diagnostik nicht geboten gewesen. Dass eine Tastuntersuchung stattgefunden habe, folge bereits aus der Beurteilung als induriertes Hämatom, da dieses nur durch eine Tastuntersuchung festgestellt werden könne. Der Sachverständige habe dargelegt, dass es dem medizinischen Standard entspreche, bei einem solchen Hämatom konservativ vorzugehen, da in den allermeisten Fällen mit einer Spontanresorption zu rechnen sei. Für die Beurteilung, ob die Aufklärung ordnungsgemäß erfolgt sei, komme es nicht entscheidend auf den Aufklärungsbogen, sondern darauf an, was die Zeugen mit dem Kläger mündlich besprochen hätten. Zudem sei auch in dem verwendeten Bogen das Risiko, welches sich vorliegend realisiert habe, in eindeutigen Worten beschrieben. Dem Kläger seien zudem die besonderen Risiken nach seinem eigenen Vortrag bekannt gewesen.	53
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die im Protokoll genannten Krankenunterlagen Bezug genommen.	54
Der Senat hat im Termin am 21.10.2013 den Kläger persönlich angehört sowie die Zeugen Dr. P und Dr. H erneut vernommen. Weiter hat der Sachverständige Prof. Dr. M sein Gutachten mündlich erläutert und ergänzt. Wegen des Ergebnisses der Anhörungen sowie der weiteren Beweisaufnahme wird auf den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 21.10.2013 Bezug genommen.	55
II.	56
Die zulässige Berufung des Klägers bleibt in der Sache ohne Erfolg.	57
Dem Kläger stehen gegen die Beklagte keine Haftungsansprüche aus dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen zu. Die Behandlung im Hause der Beklagten lässt keine Fehler erkennen. Der Eingriff war durch eine wirksame Einwilligung des Klägers gedeckt. Die Rüge einer unzureichenden Aufklärung ist nicht begründet. Die Einwilligung war auch nicht durch den bloßen Abschluss der Wahlarztvereinbarung auf eine Vornahme der Operation durch den Chefarzt Dr. I2 beschränkt.	58
1. Die Kammer hat aufgrund der ausführlichen und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. M das Vorliegen einer Indikation für die Operation und deren behandlungsfehlerfreie Durchführung festgestellt. Dies wird von der Berufung nicht angegriffen. Es sind auch keinerlei Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass diese Bewertung unzutreffend wäre. Auch die beiden Gutachter der Gutachterkommission, Prof. Dr. L und	59

Prof. Dr. I3, kommen zum Ergebnis, dass die durchgeführte Operation als solche dem fachmedizinischen Standard entsprochen hat und fehlerfrei durchgeführt worden ist.

Ergänzend ist hierzu lediglich auszuführen, dass nach den Ausführungen des Sachverständigen auch die gleichzeitige Versorgung beider Rezidivleistenbrüche in einer Operation jedenfalls bei einem jungen und belastbaren Patienten wie dem Kläger keine behandlungsfehlerhafte Vorgehensweise darstellt. 60

2. Auch hinsichtlich des weiteren postoperativen Behandlungsverlaufs sind keine Behandlungsfehler erkennbar. Insbesondere war es nicht behandlungsfehlerhaft, dass auf die Schwellung des Hodensacks und das erst spätere Auftreten des Skrotalhämatoms mit Abwarten unter konservativen Maßnahmen wie Kühlung reagiert worden ist. Eine weitergehende Diagnostik oder eine Revisionsoperation waren bis zur Entlassung des Klägers über die laut Entlassungsbrief erfolgte Weiterleitung in die ambulante Nachsorge durch den Hausarzt Dr. E hinaus nicht geboten. 61

a) Es gab keine Anzeichen für eine ischämische Orchitis, die ein Eingreifen in Gestalt der vom Erstgutachter der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Prof. Dr. L aufgezeigten diagnostischen Maßnahmen in Form sonographischer Untersuchungen oder in Gestalt einer Revisionsoperation geboten hätten. Soweit der Sachverständige in Übereinstimmung mit Prof. Dr. L darauf verwiesen hat, dass eine ischämische Orchitis am ehesten in der frühen postoperativen Phase bis zum 3. Tag auftritt und durch eine erheblich schmerzhaftige Schwellung des Hodens gekennzeichnet ist, gibt es für das Vorliegen einer solchen Symptomatik nicht nur während der ersten 3 Tage, sondern während des gesamten stationären Aufenthalts des Klägers keine Anhaltspunkte. Dabei ist ergänzend darauf zu verweisen, dass auch Prof. Dr. L keine konkreten Anhaltspunkte für das Vorliegen einer solchen ischämischen Orchitis gefunden, sondern das Geschehen lediglich mit der Blickrichtung auf das bei der Operation mögliche Risiko einer solchen Orchitis bewertet hat. 62

aa) In den Krankenunterlagen sind Angaben des Klägers zu subjektiven Beschwerden nicht dokumentiert. Auch eine leichte Schwellung des Hodens wird erstmals am 17.2.2007 vermerkt. Dem Pflegebericht ist vielmehr zu entnehmen, dass der Kläger am Operationstag selbst und in den Folgetagen keine Beschwerden äußerte. Sein Zustand ist vom Pflegepersonal als unauffällig bewertet worden. Im Kurvenblatt sind bei den in den ersten Tagen zweimal täglich stattfindenden Visiten keine Besonderheiten hinsichtlich des Zustandes des Skrotums vermerkt. Erstmals bei der Visite am 17.2.2007 ist durch den Zeugen Dr. P eine „leichte Schwellung im Hodensack“ festgehalten. Aus der Dokumentation ergibt sich aber auch für die Zeit ab dem 17.2.2007, dass der Kläger weiterhin unauffällig gewesen ist und keine Beschwerden angegeben hat. Auch der Entlassungsbericht hält fest, dass im Bereich der beiden Skrotalfächer ein induriertes Hämatom bestanden habe, Beschwerden seitens des Klägers jedoch nicht angegeben worden seien. 63

bb) Dass die vom Sachverständigen genannten möglichen weiteren Begleitsymptome einer ischämischen Orchitis – Fieber und Abgeschlagenheit – vorlagen, ist ebenfalls aus der Dokumentation nicht ersichtlich. Wie sich dem Kurvenblatt entnehmen lässt, lag im gesamten postoperativen Verlauf beim Kläger keine erhöhte Temperatur vor. Derartiges wird auch vom Kläger selbst nicht behauptet. 64

cc) Auch nach den eigenen Angaben des Klägers, die er im Rahmen seiner informatorischen Befragung vor dem Landgericht und dem Senat getätigt hat, ist nicht davon auszugehen, dass die vorbezeichnete Dokumentation falsch ist und Beschwerden vorlagen, die über das 65

nach einer solchen Operation regelmäßig zu erwartende Ausmaß hinausgegangen sind.

In Abweichung von seinem erstinstanzlichen schriftsätzlichen und unter Beweis durch Vernehmung der Zeugin X gestellten Vortrag, nach dem der Hodensack auf die Größe einer Honigmelone angeschwollen sei und er bereits kurz nach der Operation unter starken Schmerzen gelitten habe, hat er bei seiner erstinstanzlichen Anhörung nicht mehr von „Schmerzen“, sondern nur noch von einem „eigenartigen Ziehen“, gesprochen und angegeben, erst in den letzten ein bis zwei Tagen vor der Entlassung etwas mehr gemerkt zu haben. Zum Umfang der Schwellung hat er ohne nähere zeitliche Einordnung lediglich noch behauptet, die Hoden seien „immer dicker“ geworden. 66

Auch im Senatstermin hat der Kläger seine ursprünglichen Behauptungen nicht wiederholt, sondern davon gesprochen, dass er zunächst nur ein „extremes Ziehen“ verspürt zu habe, das dann immer mehr zu einem Schmerz geworden sei. Zum Umfang und zur zeitlichen Entwicklung der Schwellung hat er keine näheren Angaben gemacht und lediglich angegeben, er sei „breitbeinig wie ein Cowboy“ gelaufen. 67

Dass der Kläger nach der Operation in gewissem Umfang unter Schmerzen gelitten haben mag, ist dabei nach den Ausführungen des Sachverständigen als normal zu bewerten. Der Sachverständige hat jedoch darauf hingewiesen, dass die dokumentierte Schmerzmittelgabe nicht über das übliche Maß hinaus gegangen sei, was wiederum dagegen spricht, dass der Kläger in ungewöhnlichem und für eine ischämische Orchitis kennzeichnendem Maße unter Schmerzen gelitten haben kann. 68

In die gleiche Richtung weist es, dass der Kläger bereits am Operationstag wieder in der Lage war, zum Rauchen das Zimmer zu verlassen und sich – ausweislich des Pflegeberichts - ab dem 15.2. selbst zu versorgen. 69

dd) Schließlich spricht auch die retrospektive Betrachtung dagegen, dass beim Kläger eine ischämische Orchitis vorgelegen hat. So hat der Sachverständige das Vorliegen einer ischämischen Orchitis auch deswegen ausgeschlossen, weil beim rechten Hoden keine Atrophie vorgelegen hat, welche – wie es auch der Gutachter Prof. Dr. L aufzeigt - als Endzustand einer ischämischen Orchitis zu erwarten gewesen wäre, sondern eine Vergrößerung, und weil bei der Operation am 25.10.2007 noch ein vitaler Samenstrang rechts vorgefunden worden ist. Hätte eine ischämische Orchitis zum Absterben des rechten Hodens geführt, so wäre nach Beurteilung des Sachverständigen auch ein Absterben des Samenstranges zu erwarten gewesen. 70

Diese Einschätzung des Sachverständigen wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass im Zuge der Operation vom 25.10.2007 beim Kläger eine vollständige Nekrose des rechten Hodens und eine Funktionsbeeinträchtigung des linken Hodens festgestellt worden ist. Anders als der Kläger meint, hat der Sachverständige sehr wohl eine nachvollziehbare und aus seiner Sicht sogar näherliegende alternative Ursache für die Schädigung der Hoden aufgezeigt, nämlich eine chronische Durchblutungsstörung. Hierbei stützt sich der Sachverständige ersichtlich auf die nach der Operation am 13.2.2007 im Universitätsklinikum N erhobenen Befunde: In der dort am 71

23.3.2007 durchgeführten Duplex-Sonografie ist eine Minderperfusion beider Hoden zur Darstellung gelangt. Die Histologie nach der Entfernung des rechten Hodens am 25.10.2007 ergab weiter den Befund teilweise hochgradig obliterierter bzw. stenosierter, also verschlossener bzw. verengter Blutgefäße. 72

ee) Gibt es bereits keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass beim Kläger im postoperativen Verlauf eine ischämische Orchitis aufgetreten ist, kann letztlich dahinstehen, ob – was der Sachverständige und der Gutachter Prof. Dr. I3 entgegen der Auffassung des Gutachters Prof. Dr. L unmissverständlich verneinen – die am 4. postoperativen Tag aufgetretene leichte Schwellung Anlass für weitere diagnostische Maßnahmen oder gar eine sofortige Revisionsoperation hätte geben müssen. Der Kläger kann nach den vorstehenden Ausführungen weder den Nachweis führen, dass weitere diagnostische Maßnahmen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätten noch dass eine Revisionsoperation zu einem für ihn günstigeren Verlauf geführt hätte. Dafür dass das Unterlassen der Maßnahmen bei Auftreten der nur leichten Schwellung grob behandlungsfehlerhaft war, gibt es auch nach den Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. L keinerlei Anhaltspunkte.

Abgesehen davon ist der Sachverständige Prof. Dr. M der vom Gutachter Prof. Dr. L vertretenen Auffassung, aus Sicht des Senats nachvollziehbar mit der Argumentation entgegen getreten, dass eine Stauung des Blutabflusses (venöse Stauung) ohnehin nicht zu beseitigen und auch dann, wenn man eine operative Intervention im Falle einer ischämischen Orchitis für geboten erachte, diese allenfalls innerhalb eines beschränkten Zeitraumes von 6 Stunden nach Schädigung der Hodengefäße sinnvoll sei. Eine Revision nach dieser Zeitgrenze hat wegen der dann bereits eingetretenen Hodenschädigung auf den weiteren Verlauf keinen Einfluss mehr und ist daher auch nicht indiziert. 74

b) Ebenso wenig war eine Entlastungsoperation wegen der am 20.02.2007 dokumentierten Hämatombildung indiziert. 75

aa) Der Sachverständige Prof. Dr. M hat dazu nachvollziehbar dargelegt, dass Hämatome, die im Zusammenhang mit einer Leistenhernienoperation auftreten, in aller Regel konservativ behandelt werden. Lediglich bei sehr großen (riesigen) Hämatomen, die in den ersten 36 Stunden nach der Operation auftreten würden, sei eine Entlastungsoperation sinnvoll. Bei später erkennbar werdenden Hämatomen nutze eine Operation hingegen nichts mehr, da das Blut bereits geronnen sei. Eine Revisionsoperation sei dann eher schädlich. 76

bb) Vorliegend lässt sich nicht feststellen, dass beim Kläger eine derart massive und damit etwaig revisionspflichtige Einblutung vorgelegen hat. Soweit die Berufung erneut geltend macht, es habe sehr wohl ein solches Hämatom vorgelegen, ist anzumerken, dass der Kläger selbst im Rahmen seiner Anhörung nicht die Entwicklung eines solchen „grotesken“ Hämatoms und erst recht nicht für die Zeit seines stationären Aufenthaltes geschildert hat. Auch der Umstand, dass Dr. E am 23.02.2007 und damit 3 Tage nach der Entlassung ein ausgeprägtes Skrotalhämatom beidseits dokumentiert hat, bietet kein Indiz dafür, dass im Haus der Beklagten ein etwaig operativ zu behandelndes Hämatom aufgetreten war. 77

Der Sachverständige Prof. Dr. M hat im Senatstermin nachvollziehbar dargelegt, dass es infolge der stärkeren Mobilisation des Patienten nach der Entlassung dazu komme, dass das Hämatom zunehmend ins Skrotum „absacke“ und es daher häufig in den Tagen nach der Entlassung zu einer Verstärkung der Blaufärbung und auch der subjektiven Beschwerden komme. 78

Schließlich lagen beim Kläger weder nach seinen eigenen Angaben noch nach der Dokumentation die mit einer solchen massiven Einblutung einhergehenden Symptome wie erhöhte Pulsfrequenz, Kaltschweißigkeit, Schock vor. 79

Der von der Berufung hiergegen herangezogene Vergleich mit einer ohne diese Symptome auftretenden Hodentorsion überzeugt nicht, da hinsichtlich der Symptome eine Hodentorsion nicht mit einem großen Hämatom vergleichbar ist, wie der Sachverständige im Senatstermin überzeugend dargelegt hat. Maßgeblich für die bei einer grotesken Hämatombildung auftretenden Symptome ist die zugrunde liegende Blutung, die es bei der Hodentorsion nicht gibt.

c) Die Erhebung von Leukozytenwerten war entgegen der Auffassung der Berufung vorliegend nicht geboten. 81

Es ist bereits nicht nachvollziehbar, welche Bedeutung die Berufung dem Leukozytenwert im Zusammenhang mit der Frage, ob beim Kläger ein groteskes Hämatom vorgelegen hat, beimessen will. Der Sachverständige hat diesbezüglich auf eine Veränderung des Hb-Wertes, nicht des Leukozytenwertes verwiesen. 82

Der Leukozytenwert wäre allenfalls als Symptom der ischämischen Orchitis von Bedeutung gewesen. Aus den oben bereits ausgeführten Gründen ist jedoch davon auszugehen, dass beim Kläger keine ischämische Orchitis vorgelegen hat. 83

d) Der Berufung ist zuzugeben, dass eine Tastuntersuchung des Hodens in der Dokumentation der Beklagten nicht ausdrücklich festgehalten ist. Hieraus kann jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass eine solche Untersuchung unterblieben wäre: Der Entlassungsbericht vom 6.3.2007 spricht vielmehr von einem „indurierten“ Hämatom, woraus zu schließen ist, dass eine Tastuntersuchung stattgefunden hat. Wie der Sachverständige im Senatstermin erläutert hat, wird mittels Tastbefund festgestellt, ob der Hoden induriert ist. 84

3. Der Kläger hat wirksam in den Eingriff vom 13.2.2007 eingewilligt. 85

a) Die mit der Berufung erneut erhobene Rüge einer unzureichenden Aufklärung greift nicht durch. Nach dem Ergebnis der Anhörung des Klägers und der Vernehmung der Zeugen Dr. P und Dr. H steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Kläger über die verschiedenen in Betracht kommenden Operationsmethoden und deren Risiken in dem nach den Ausführungen des Sachverständigen gebotenen Umfang informiert war. 86

aa) Schon nach dem eigenen Vorbringen des Klägers hat der Zeuge Dr. P mit ihm im Vorgespräch am 1.2.2007 die Alternative einer minimal invasiven Operation besprochen und ihm eine konventionelle Vorgehensweise empfohlen. Dies hat der Zeuge in seiner Vernehmung durch den Senat bestätigt. Auch die Frage einer Versorgung beider Leistenbrüche in einer Operation ist bereits nach dem eigenen Vortrag des Klägers Gegenstand des Gesprächs am 1.2.2007 gewesen. Der Kläger hatte im Zusammenhang mit den vorangegangenen Operationen die Information erhalten, eine einzeitige Operation sei risikoreicher, und hat daher nach eigenem Bekunden dieses Thema im Gespräch mit dem Zeugen Dr. P angesprochen. Dass die ihm in diesem Zusammenhang vom Zeugen Dr. P erteilten Information unzureichend oder falsch gewesen wäre, macht der Kläger mit seiner Berufung nicht geltend. 87

bb) Der Kläger ist auch über die Risiken der geplanten Hernienreparation beidseits mit Netzeinlage in konventioneller Technik ordnungsgemäß und vollständig aufgeklärt worden. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich des erhöhten Risikos einer Hodenschädigung in der Rezidivsituation. Der Zeuge Dr. P hat bekundet, dass er bereits bei dem mit dem Patienten geführten Vorgespräch das Risiko von Gefäß- oder Nervenverletzung sowie Blutungen, auch was die Hoden betreffe, anspreche und auch auf das größere Risiko bei Rezidivoperationen 88

hinweise. Die Zeugin Dr. H hat zu ihrer allgemeinen Vorgehensweise ausgesagt, dass sie stets über das Risiko von Nervenverletzungen, Durchblutungsstörungen sowie einer Durchtrennung des Samenleiters und von Gefäßen aufkläre und in diesem Zusammenhang auch auf die möglichen Folgen einer Impotenz oder Unfruchtbarkeit sowie des Verlustes eines Hodens hinweise.

Der Senat hat keine Bedenken hinsichtlich der Glaubhaftigkeit dieser Aussagen. Soweit die Berufung vorträgt, die möglichen Folgen seien dem Kläger nicht hinreichend dargelegt worden, steht dies im Widerspruch zu den eigenen Angaben des Klägers bei seiner persönlichen Anhörung: Dieser hat bereits bei seiner erstinstanzlichen Anhörung bestätigt, dass er auf die Gefahr einer Schädigung der Hoden und des Samensleiters mit der Folge einer Zeugungsunfähigkeit hingewiesen worden sei und auch auf das in seinem Falle erhöhte Risiko einer solchen Schädigung. Auch bei der Anhörung durch den Senat hat er bestätigt, dass ihm klar gewesen sei, dass es zu einer Hodenschädigung – dazu gehört auch das im Aufklärungsbogen erwähnte Absterben - kommen könne. Da somit schon nach dem eigenen Vorbringen des Klägers davon auszugehen ist, dass diese Fragen tatsächlich in ausreichender, nämlich ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikos gebender Weise, Gegenstand der Aufklärungsgespräche waren, kann es zudem bei der Würdigung der Zeugenaussagen nicht entscheidend darauf ankommen, ob die Zeugen Angaben zu bestimmten Punkten nicht spontan, sondern erst auf Nachfrage des Gerichts gemacht haben. 89

Schließlich gibt auch der Umstand, dass die beiden Zeugen sich vor der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht längere Zeit mit dem Prozessbevollmächtigten der Beklagten unterhalten haben sollen, für sich gesehen keinen Anlass, die Glaubwürdigkeit ihrer Aussagen anzuzweifeln. Die Berufung selbst zeigt nicht auf, welche konkreten Folgerungen sie aus diesem Umstand ableiten will. Die Aussagen selbst bieten keine Anhaltspunkte für eine irgendwie geartete Vorbereitung oder Einflussnahme. 90

cc) Zu Recht ist das Landgericht davon ausgegangen, dass die Verwendung des Aufklärungsbogens für einen laparoskopischen Eingriff vorliegend keinen Aufklärungsfehler begründet. Es ist unstreitig, dass sowohl der Zeuge Dr. P als auch die Zeugin Dr. H mit dem Kläger die Durchführung des Eingriffs in konventioneller Technik besprochen haben. Der Kläger hat bei seiner Anhörung vor dem Landgericht erklärt, der Zeuge Dr. P habe ihm gesagt, dass er ganz konventionell, also nicht mikroskopisch, operieren wolle. Die Zeugin Dr. H hat klar bekundet, dass ihr bekannt gewesen sei, dass offen operiert werden sollte und sie auch über die offene Operation aufgeklärt habe. Der Kläger selbst behauptet nicht, dass die Zeugin Dr. H mit ihm fälschlicherweise die Durchführung des Eingriffs in minimal invasiver Technik besprochen hätte. 91

Es ist auch nichts dafür erkennbar, dass es aufgrund der Verwendung des Aufklärungsbogens für einen laparoskopischen Eingriff zu einer sachlich unzutreffenden Aufklärung des Klägers gekommen wäre. Die Zeugin Dr. H hat vielmehr bekundet, dass sie ihre Ausführungen im Hinblick auf die tatsächlich geplante Operation entsprechend angepasst habe. 92

b) Des Weiteren ist die Einwilligung des Klägers auch nicht auf die Vornahme der Operation durch den Chefarzt Dr. I2 beschränkt gewesen. 93

Dass eine solche Beschränkung ausdrücklich vereinbart worden wäre, behauptet auch der Kläger nicht. Er hat bei seiner persönlichen Anhörung vielmehr angegeben, über die Person des Operateurs sei nicht gesprochen worden, er sei aber aufgrund seiner Zusatzversicherung 94

von einer Behandlung durch den Chefarzt ausgegangen.

Eine Beschränkung der Einwilligung auf die Durchführung der Operation durch den Chefarzt lässt sich ferner nicht aus dem Umstand ableiten, dass der Kläger bei seiner am 13.2.2007 erfolgten stationären Aufnahme einen Zusatzvertrag über eine Chefarztbehandlung abgeschlossen hat. Zwar greifen aufgrund dieses Zusatzvertrages entgegen der Auffassung der Beklagten die Grundsätze, die die Rechtsprechung für den sog. totalen Krankenhausaufnahmevertrag entwickelt hat, nicht (vgl. BGH, NJW 2010, 2580). Andererseits ist jedoch vorliegend davon auszugehen - was der Kläger auf Hinweis des Senats im Termin auch nicht in Abrede gestellt hat - dass der vom Kläger abgeschlossene Wahlarztvertrag die ausnahmslos übliche Vertreterregelung für den Fall der Verhinderung des Wahlarztes enthält. Damit hat der Kläger ausdrücklich keine auf den Chefarzt beschränkte Einwilligungserklärung abgegeben. Dass der Chefarzt Dr. I2 am Operationstag tatsächlich verhindert war, ist im Übrigen seitens der Beklagten in beiden Instanzen vorgetragen und vom Kläger nicht in Abrede gestellt worden. 95

Ob der Kläger im Vorfeld über die Verhinderung des Chefarztes erst am 13.2.2007 informiert worden ist, ist für die Frage der wirksam erteilten Einwilligung ohne Belang. Denn auch eine nicht rechtzeitig erfolgte Information ließe die Wirksamkeit der zuvor nicht ausschließlich auf den Chefarzt beschränkt erteilten Einwilligung unberührt. Eine Pflichtverletzung, die darin besteht, dass der Patient nicht rechtzeitig vor der Operation über die Verhinderung des Chefarztes unterrichtet wird, kann zwar der Geltendmachung des Honoraranspruchs entgegen stehen (vgl. BGH, BGHZ 175, 76 ff.). Sie kann jedoch nicht dazu führen, dass die auch für den Stellvertreter erteilte Einwilligung betreffend den Eingriff ihre Wirksamkeit verliert. Alles andere würde zu einer für die Praxis nicht hinnehmbaren erheblichen Rechtsunsicherheit führen. 96

III. 97

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO. 98

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO 99

IV. 100

Die Revision ist nicht zuzulassen. Der Rechtssache kommt weder grundsätzliche Bedeutung zu noch ist eine Entscheidung des Revisionsgerichts wegen der Fortbildung des Rechts oder der Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich (§ 543 ZPO). 101

102