

Landgericht Osnabrück
Geschäfts-Nr.:
9 O 2120/99

Abschrift

Verkündet am:
09.05.2001

[Redacted] Justizhauptsekretärin

als Urkundsbeamtin/beamter der Geschäftsstelle

Urteil

Im Namen des Volkes!

In dem Rechtsstreit

des Werkstattleiters [Redacted]
[Redacted]



Klägers,

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte [Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

gegen

1. die [Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Beklagte zu 1.

2. Priv. Doz. Dr. med. [Redacted]

Beklagten zu 2.

3. Dr. med. [Redacted]

Beklagten zu 3.

4. Dr. med. [Redacted]

Beklagten zu 4.

5. Dr. [Redacted]

Beklagten zu 5.

6. Dr. med. [Redacted]

Beklagte zu 6.

7. Dr. [Redacted]

Beklagten zu 7.

Prozessbevollmächtigte zu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7: Rechtsanwälte [REDACTED] und Kollegen,
Schloßstraße 26, 49074 Osnabrück,

wegen Schadensersatzes

hat die 9. Zivilkammer des Landgerichts Osnabrück auf die mündliche Verhandlung vom 18.04.2001 durch

den Vorsitzenden Richter am Landgericht [REDACTED]
und die Richter am Landgericht [REDACTED] und [REDACTED]

für **R e c h t** erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 7.000,- DM vorläufig vollstreckbar.

Der Streitwert wird festgesetzt auf 65.050,- DM (Wert des Klageanspruchs auf Schmerzensgeld 60.000,- DM,

Klageanspruch auf Feststellung 5.000,- DM).

Tatbestand

Der Kläger macht Schadensersatz wegen ärztlichen Kunstfehlers geltend. Dem 1948 geborenen Kläger wurden für die Sanierung einer koronaren Herzerkrankung/Dreifäßerkrankung am 14.07.1998 bei der Beklagten zu 1. operativ 3 Bypässe gelegt durch die Beklagten zu 3. - 5., wobei die Beklagte zu 6. als Anästhesistin mitwirkte und der Beklagte zu 7. den Kläger präoperativ am 13.07.1998 aufklärte. Der Beklagte zu 2. ist der Chefarzt der Abteilung Herzchirurgie der Beklagten zu 1. Während des stationären Krankenhausaufenthalts vom 13.07. bis 27.07.1998 wurde der Kläger von den Beklagten zu 2. - 7. ärztlich behandelt.

Kurze Zeit nach der Operation bemerkte der Kläger eine Beeinträchtigung des rechten Auges, nämlich Verschwommenheit und die Sehkraft fiel plötzlich aus, welche Beschwerden der Kläger am 18.07.1998 bei der Visite angab. Am gleichen Tag wurde eine augenärztliche Konsiliaruntersuchung in der Augenklinik [REDACTED] veranlasst und durchgeführt, wo sich ein partielles Pupillenödem zeigte, so dass jedenfalls Acular-

Augentropfen verordnet wurden. Die augenärztliche Kontrolle am 21.07.1998 zeigte eine unscharf begrenzte Pupille, die ödematös abgeblasst war. Es wurde eine ischämische Optikusneuropathie diagnostiziert und ein hochdosiertes Steroidpräparat empfohlen. Der Kläger wurde bei der Beklagten zu 1. auch in Absprache mit Ärzten der Augenklinik bzgl. des Augenleidens weiter behandelt. Die Beklagten wurden zu Händen ihrer Haftpflichtversicherung zur Leistung bis zum 14.05.99 aufgefordert. Sie haben keine Leistungen erbracht.

Der Kläger behauptet, er sei auf dem rechten Augen infolge Absterbens des Sehnerv dauerhaft erblindet. Ein operationsbedingtes Blutgerinnsel sei an den Sehnerv geraten und habe diese Schädigung verursacht. Ursache seien nebeneinander präoperative ärztliche Versäumnisse und die fehlerhafte Ausführung der Bypassoperation, weiter im Rahmen der Operationsnarkose unterlaufene Fehler mit der Folge der Minderung oder Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr. Mögliche prophylaktische Maßnahmen zur Unterbindung des Risikos eines Trombus seien pflichtwidrig unterlassen worden. Im Anschluss an die Operation habe die Gefahr der Erblindung nebst ursächlichen Faktoren der Erblindung von den Beklagten früher, nämlich am 18.07.1998 bereits erkannt und behandelt werden können und müssen und nicht erst am 20.07.1998. Die Sehstörungen seien schadensursächlich statt ab 18.07. pflichtwidrig erst am 20.07. und auch nur mit unzureichenden Medikamenten behandelt worden, denn erst ab 20.07. habe der Kläger die verschriebenen Augentropfen erhalten und auch Pentoxifyllin und Prednisolon seien nicht vorher verabreicht worden; wohl habe der Kläger täglich viele Tabletten und andere Medikamente erhalten. Auch das Steroidpräparat sei nicht verabreicht worden. Der Kläger sei im Vorfeld der Operation nicht vollständig über sämtliche und auch seltene Risiken der Operation, nämlich die Möglichkeit der Erblindung aufgeklärt worden. Ihm sei es deshalb nicht möglich gewesen, Für und Wider der Operation abzuwägen. Dass Blutgerinnsel entstehen könnten und bis zum Sehnerv wandern könnten, sei für ihn nicht ansatzweise erkennbar gewesen. Auch über Thrombose- und Emboliegefahren nebst Folgen sei nicht aufgeklärt worden. Das Aufklärungsgespräch sei nur pauschal gewesen und der Aufklärungsbogen nicht explizit besprochen worden. Die Aufklärungspflicht leitet der Kläger daraus ab, dass die Operation nicht die allein erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeit gewesen sei; er sich bei Kenntnis des Erblindungsrisikos noch anderweitig hätte beraten lassen können

über Risiken und Therapiemöglichkeiten; gegebenenfalls auf die Operation zu diesem Zeitpunkt hätte verzichten können oder den Eingriff hätte durchführen lassen können in Spezialeinrichtungen mit Erfahrungen zur Sehnervschädigung. Das verwirklichte Risiko der ischämischen Optikusneuropathie bei Bypassoperationen sei bekannt und beherrschbar gewesen. Es sei kein selten sich verwirklichendes Risiko. Unter der Behandlung sei keine Besserung des Visus eingetreten. Vor der Operation sei das rechte Auge gesund gewesen. Der Kläger trägt vor, durch die Erblindung rechts erheblich beeinträchtigt zu sein: Neben seelischer Belastung habe er seine Lebensgewohnheiten umstellen müssen, Auto- und Radfahren sei ihm unmöglich. Ungerechtfertigt sei ihm im Übrigen in Aussicht gestellt worden bei der Beklagten zu 1., dass die Erblindung nur vorübergehend sei. Das linke Auge sei überfordert, mit der Gefahr nachlassender Sehkraft und schon jetzt häufiger starker Kopfschmerzen. Der Kläger hält ein Schmerzensgeld von 60.000,- DM für angemessen. Er macht weiter die Nebenkostenpauschale von 50,- DM geltend und trägt zur Gefahr der Entstehung zukünftiger Schäden vor.

Der Kläger beantragt,

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger 50,- DM nebst 4 % Zinsen seit dem 15.05.1999 sowie ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 4 % Zinsen seit dem 15.05.1999 zu zahlen,

festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche materiellen Schäden aus der Erblindung seines rechten Auges im Anschluss an die Operation vom 14.07.1998 zu bezahlen soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen.

Die Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagten tragen zum Grund und zum Ablauf der Operation unter anderem vor, es habe eine schwere koronare Herzerkrankung mit Dreigefäßbeteiligung vorgelegen mit geringgradiger Ektasie der Aorta ascendens, was die Operation absolut indiziert habe.

Die Operation sei unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine bei systematischer Heparinisierung erfolgt. Alle der Optikusneuropathie vorbeugenden denkbaren Maßnahmen seien vor, während und nach der Operation ergriffen worden. Bei erstmaliger Angabe von Sehstörungen am 18.07.1998 sei nach Konsiliaruntersuchung der Augenärzte mit Pentoxifyllin, Prednisolon und Acular-Augentropfen therapiert worden. Unter der verordneten fehlerfreien medikamentösen Therapie habe sich der Visus leicht gebessert und es habe zunächst mangels gegenteiliger Anhaltspunkte von einer nur vorüber gehenden Erblindung ausgegangen werden dürfen. Die Beklagten hätten sich auf die von den Augenärzten empfohlene Therapie verlassen dürfen. Operative, prä- und postoperative Behandlungen seien fehlerfrei gewesen. Die Beklagten bestreiten, sie hätten das Erblindungsrisiko nicht rechtzeitig erkannt und sie hätten es verhindern können und müssen mit Hinweis darauf, dass die Ursachen der Optikusneuropathie nach Bypassoperation ungeklärt seien und deshalb wirkungsvolle Prophylaxe und Therapie unmöglich seien. Keine medikamentöse Therapie sei wirkungsvoll, weshalb auch eine Therapieverzögerung von 2 Tagen ohne Folgen sei. Medikamentös sei der Kläger bei der Beklagten zu 1. nicht erst am 20.07.1998 behandelt worden. Der Zusammenhang zwischen Bypassoperation und Optikusneuropathie sei bislang unbekannt gewesen, die Folge unvermeidbar gewesen.

Zur Aufklärung verweisen die Beklagten auf den Aufklärungsbogen vom 13.07.1998, dessen Inhalt im Einzelnen besprochen worden sei; insbesondere die Möglichkeit von Embolie und Thrombose mit Verschleppung der Gerinsel und Gefäßverschluss, wobei die Optikusneuropathie lediglich eine Ausprägung einer Embolie sei. Auf ein Erblindungsrisiko habe mangels allgemeiner Kenntnis dieses Risikos nicht hingewiesen werden müssen. Die Komplikation der Erblindung sei zudem extrem selten. Auch Nervenschädigung, Schlaganfall und Hirnschäden seien als Risiken dargestellt worden.

Zur Bypassoperation habe keine erfolgversprechende Alternative bestanden, so dass die Beklagten auch bestreiten, der Kläger hätte sich hier Aufklärung über das Risiko anderweitig beraten lassen oder auf eine Operation verzichtet oder sich woanders

operativ behandeln lassen (bei gleichem Risiko). Die Beklagten bestreiten, dass das rechte Auge präoperativ gesund gewesen sei, die Dauerhaftigkeit der Erblindung, die beeinträchtigenden Auswirkungen der Erblindung und die Gefahr zukünftigen Schadens. Sie bezweifeln die Höhe des Schmerzensgeldes.

Hinsichtlich des weiteren Parteivorbringens wird auf die zur Akte gereichten Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen und Erklärungen in der mündlichen Verhandlung verwiesen. Das Gericht hat Beweis erhoben. Auf das Ergebnis wird Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist unbegründet. Die Beklagten sind nicht gem. § 823 Abs. 1, 847 BGB oder wegen Verletzung vertraglicher Behandlungspflichten zum Ersatz materiellen und immateriellen Schadens des Klägers verpflichtet.

1.

Zweifelhaft ist bereits die Haftung des Beklagten zu 2. des Chefarztes der Beklagten zu 1. , denn er hat an der Operation des Klägers nicht mitgewirkt. Gleiches gilt für eine Haftpflicht der Beklagten zu 6., die lediglich als Anästhetin beteiligt war und auch der Beklagte zu 7. war an der Operation nicht beteiligt. Er hat nach dem Vortrag der Beklagten den Kläger lediglich über die Operation aufgeklärt. Allenfalls kommt eine Haftung dieser Beklagten in Betracht unter dem Gesichtspunkt, dass nach dem Vortrag des Klägers alle Beklagten den Kläger auch vor und nach der Operation ärztlich betreut haben und auch insoweit vom Kläger Fehler behauptet werden.

2.

Den Beklagten sind jedoch weder vor der Operation vom 14.07.1998, noch intraoperativ, noch postoperativ Behandlungsfehler unterlaufen. Insoweit hat der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] bereits in seinem schriftlichen Gutachten überzeugend und widerspruchsfrei dargelegt, dass nach den auch vom Kläger nicht angezweifelten Krankenunterlagen der Beklagten zu 1. wieder während der präoperativen Vorbereitung noch im Rahmen der Operation medizinische Fehler begangen wurden. Der Kläger ist in üblicher Weise auf die Operation vorbereitet

worden. Diese ist lege artis durchgeführt worden. Auch das Narkoseprotokoll weist bei regelgerechter Dokumentation keine Hinweise für einen Blutdruckabfall oder eine Sauerstoffunterversorgung aus, so dass auch in diesem Bereich Fehler nicht erkennbar sind. Alle erforderlichen und im gewissen Rahmen wirkungsvollen prophylaktischen Maßnahmen zur Vermeidung möglicher Risiken, wie dem eines Blutgerinnsels am Sehnerv sind zur Operation ergriffen worden. Nach der Feststellung des Sachverständigen ist letztendlich die Ursache der Schädigung des Sehnervs ungeklärt. In Betracht kommt, dass sich feinste Gewebspartikel wie zum Beispiel arteriosklerotische Kalkablagerungen am Sehnerv abgesetzt haben, des Weiteren kommt in Betracht, dass Blutgerinnsel auf den Sehnerv eingewirkt haben oder auch, dass feinste Luftbläschen sich abgesetzt haben. Sämtlichen Möglichkeiten ist im Rahmen der fallbezogenen Erforderlichkeit entgegengewirkt worden. So ist der Entstehung von Blutgerinnseln in der Weise entgegengewirkt worden während des Anschlusses des Klägers an die Herz-Lungen-Maschine, indem die Blutgerinnung während dieser Phase durch ein gerinnungshemmendes Medikament vollständig aufgehoben worden ist und das entsprechende Maschinenprotokoll weist dies auch aus. Beim Kläger ergab sich kein Anhaltspunkt dafür, dass besonders verkalkte Abschnitte im Operationsbereich vorhanden waren, deren Manipulation intraoperativ besonders zu vermeiden gewesen wäre und im Maschinenprotokoll ist sowohl die Verwendung eines Präbypass-Filters und auch des üblichen arteriellen Filters und die Entlüftung zum Abfangen kleinster Partikel und von Luftblasen dokumentiert, so dass auch bezüglich potentiell schadensursächlicher Luftblasen alle prophylaktischen Vorsorgemaßnahmen ergriffen worden sind. Gleichwohl ist die Verschleppung eines kleinen Kalkpartikels, eines kleinen irgendwo anhaftenden Gerinnsels oder einer kleinen Luftblase nicht immer und mit absoluter Sicherheit vermeidbar, weil sich diese Faktoren genauester präoperativer Diagnostik und sorgfältigster Operationstechnik entziehen können trotz aller möglichen prophylaktischen Maßnahmen.

Die medikamentöse Behandlung der Sehstörungen des rechten Auges des Klägers bei der Beklagten zu 1. durch die Beklagten zu 2. - 7. ist nicht schadensursächlich zu spät angesetzt oder unzureichend gewesen.

Wie auch der Sachverständige festgestellt hat und die Kammer aus der vollständig vorliegenden Krankenakte der Beklagten zu 1. entnehmen konnte, ist eine erstmalige Meldung eines Sehverlustes des rechten Auges am 18.07.1998 dokumentiert. Daraufhin wurde der Kläger zur Konsiliarbehandlung den Augenärzten vorgestellt am gleichen Tage und ausweislich des Behandlungsplans zum 19.07.1998 wurde an diesem Tage zum ersten Mal das Medikament Acular (Augentropfen) verabreicht, das der Augenarzt empfohlen hatte. Zusätzlich wurde Nimotop gegeben, ein gefäßerweiternder und neuroprotektiver Kalziumantagonist. Ab dem 20.07.1998 wurden Trental 600 Infusionen verabreicht neben weiterhin Acular Augentropfen. Die Gabe von Trental entsprach wie auch die von Acular Augentropfen der Empfehlung des Augenarztes vom 18.07.1998. Bei erneuter Vorstellung bei den Augenärzten am 21.07.1998 wurde die Diagnose einer ischämischen Optikusneuropathie gestellt bei Funktionsverlust des Sehnervs bedingt durch Mangeldurchblutung und zusätzlich die Gabe eines hochdosierten Steroidpräparates empfohlen, woraufhin diesbezüglich ab dem 21.07. insgesamt 90 mg Decortin H pro Tag bis zur Entlassung des Klägers verabreicht wurden.

Der Sachverständige hat die Gabe von Nimotop statt Trental am 19.07. für angemessen beurteilt. Nimotop sei ein Kalziumantagonist, der eine Gefäßweitstellung bewirke und in diesem Zusammenhang auch zum Beispiel bei Verdacht auf cerebrale Ischämien, also Blutminderversorgung des Gehirns zur Vermeidung daraus resultierender Schäden angewendet werde. Es handelte sich dabei jedenfalls um eine adäquate Therapie im Hinblick auf eine Durchblutungsförderung und Spasmolyse, um den Schaden am Sehnerv zu beschränken.

Aber selbst wenn eine qualitative Gleichstellung von Nimotop und Trental unzulässig wäre und damit insbesondere Trental am 20.07.1998 erst verspätet eingesetzt worden wäre, im Übrigen die übrige Medikation bereits am 18.07. statt erst am 19.07. hätte erfolgen müssen, so ist dies für den Erblindungsschaden des Klägers auf dem rechten Auge nicht ursächlich. Wie der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] an verschiedenen

Stellen seines Gutachtens dargestellt hat, ist die eigentliche Ursache der Sehnervschädigung nicht festzustellen. Zum einen kommt in Frage zwar eine Embolie, ebenso gut jedoch auch lokale Gefäßspasmen und auch präexistente Veränderungen kleinster Gefäße, die im Rahmen einer großen Operation zu kurzfristigen Minderdurchblutungen führen können. Sämtliche intraoperativ erhobenen Kontrolldaten bieten keine Erklärung für die Ursache der Nervschädigung. Daraus hat der Sachverständige gefolgert, dass eine bestimmte, feste erfolgversprechende Therapie nicht aufgezeigt war.

Zudem hat der Sachverständige dargestellt, dass zwar Therapieansätze in der Literatur gemacht werden, um eine Verbesserung der Mikrozirkulation im Sinne einer verbesserten Fließeigenschaft des Blutes durch Infusionslösung von Trental zu erreichen, während die verschriebenen und verabreichten Augentropfen keinen Einfluss auf die Funktionen des betroffenen Sehnervs haben, sondern lediglich eine unter Umständen begleitende auftretende Bindehautreizung sanieren können, ohne in den krankhaften Prozess am Sehnerv selbst einzugreifen. Aber es ist nach Einschätzung des Sachverständigen nicht davon auszugehen, dass die Behandlung mit Trental Einfluss auf den Verlauf der Krankheit hat, wenn denn eine Schädigung bereits eingetreten ist, also Trental erst nach eingetretenem Schadensereignis eingesetzt wird. Nach der Einschätzung des Sachverständigen ist bislang in keiner Weise nachgewiesen, dass einer der Therapieansätze zum Beispiel mit Trental zu einer Besserung oder Heilung bei einmal eingetretener Erkrankung führt. Dies entspricht der Einschätzung des sachverständigen Zeugen [REDACTED], eines Augenarztes, im Termin zur mündlichen Verhandlung. Er hat erklärt, dass nach seiner Einschätzung beim Kläger nach Eintritt der Nervenschädigung „nichts mehr zu machen“ gewesen sei, denn nach 2 Stunden ohne Sauerstoffzufuhr sei der Sehnerv schon weitgehend geschädigt. Selbst bei einer Fortbehandlung während 48 Stunden nach erstmaligem Auftritt des Sehnervschadens seien die Aussichten sehr gering, den Sehnerv zu retten. Nach 2 Stunden „könne man sagen, dass alles schon vorbei sei“. Der Zeuge hat hierzu erklärt, entsprechend den Angaben des Sachverständigen, dass dies der Literaturmeinung und seinen eigenen Erfahrungen entspreche.

Sowohl ausweislich der vorgelegten Krankenunterlagen als auch der daraus bezogenen Feststellung des Sachverständigen Prof. [REDACTED] hat der Kläger

Beschwerden des rechten Auges erstmals am 18.07.1998 bei der Beklagten zu 1. zur Kenntnis gegeben, wovon der Kläger auch in seinem Prozessvortrag bis zur mündlichen Verhandlung ausgegangen ist, etwa wenn sich der Kläger auf das Schreiben der Beklagten zu 1. vom 27.07.1998 bezieht, wo dargestellt ist, dass am 18.07.1998 plötzlich ein Visusverlust aufgetreten sei.

Die Zeugen [REDACTED], die Ehefrau des Klägers, und die Zeugin [REDACTED], die Tochter des Klägers, haben jedoch auch auf wiederholte Nachfrage in der mündlichen Verhandlung vom 18.04.2001 angegeben, bereits am Donnerstag, dem 16.07.1998 habe ihn der Kläger zum ersten Mal von Schwierigkeiten mit dem rechten Auge berichtet. Seine Ehefrau riet ihm, dies den Ärzten zu melden und seiner Tochter berichtete der Kläger am 16.07., er sehe nichts auf dem rechten Auge. Beide haben allerdings sodann übereinstimmend berichtet, dass der Kläger bereits am 17.07. nachmittags in der Augenklinik gewesen sei. Letzteres ist jedoch unrichtig ausweislich der vorliegenden Krankenunterlagen, wonach er erst am 18.07. in der Augenklinik war. Es ist deshalb nach Überzeugung der Kammer davon auszugehen, dass der Kläger am 17.07. keinen Bericht über Schwierigkeiten mit dem rechten Auge gab, sondern sich erst am 18.07. insoweit entsprechend den Eintragungen in der Krankenakte meldete. Eindeutig wurde er erst am 18.07. auch Augenärzten vorgestellt, so dass sein Bericht an die beiden Zeuginnen, er sei am 17.07. beim Augenarzt gewesen, falsch war oder aber die Zeuginnen einem Irrtum unterliegen. Der objektive Ablauf, nämlich erstmaliger Schwierigkeiten im rechten Auge am 16.07. jedoch erst nachfolgender Meldung dieser Schwierigkeiten am 18.07. lässt die Schlussfolgerung zu, dass zu diesem Zeitpunkt eine medikamentöse Therapie bereits aussichtslos war etwa nach Einschätzung des vernommenen Augenarztes Dr. [REDACTED] im Übrigen unabhängig von der grundsätzlichen Aussichtslosigkeit nach Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. [REDACTED]. Die Sehnervschädigung setzte nämlich ausweislich der Zeugenaussagen bereits am 16.07. ein und war am 18.07. wegen zwischenzeitlichen Zeitablaufs jedenfalls irreparabel. Dies passt stimmig zu den Angaben des Sachverständigen Prof. Dr. [REDACTED], wonach eine Nervschädigung eher in zeitlicher Nähe zur Operation zu erwarten war.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände kann auch die „verspätete“ Gabe von Trental-Infusionen nicht als grober ärztlicher Behandlungsfehler gewertet werden unter

Berücksichtigung auch der Tatsache, dass Nimotop, nämlich ein ebenfalls entsprechend wirkender Kalziumantagonist bereits ab 19.07. verabreicht wurde, denn bei gleicher Zielrichtung beider Medikamente, jedoch eben solcher höchstwahrscheinlichen Aussichtslosigkeit beider Medikamente war die Verzögerung der Gabe von Trental bis 20.07., (jedoch bereits der Ersatz durch Nimotop ab 19.07.) nicht schwerwiegend im Sinne einer Unentschuldbarkeit, also eines Fehlers, der schlechterdings dem behandelnden Arzt nicht unterlaufen darf, was der medizinischen Einschätzung auch des Sachverständigen in seinem schriftlichen Gutachten entspricht.

4.

Der Kläger ist vor dem operativen Eingriff hinreichend aufgeklärt worden.

Insoweit hat er den Bogen über die dokumentierte Patientenaufklärung am 13.07.1998 unterzeichnet und er hat bestätigt, über die geplante Operation in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert worden zu sein. Entsprechend hat die Zeugin [REDACTED] bestätigt, dass der Kläger und auch sie dieses Aufklärungsformular durchgelesen hätten und anschließend mit dem aufklärenden Arzt ein Gespräch über die bevorstehende Operation geführt wurde. Wenn die Zeugin weiter ausgeführt hat, dass der Arzt lediglich auf die Routine des Eingriffs hingewiesen habe und sonst nichts weiter erklärt habe, so hat sie jedoch gleichwohl eingeräumt, dass die Operation selbst mit ihm besprochen wurde. Zudem nahm er eine handschriftliche zeichnerische Ergänzung der schematischen Darstellung der Operation vor und er trug handschriftlich ergänzend das Risiko der Zwerchfelllähmung in den Aufklärungsbogen ein, was jedenfalls darauf schließen lässt, dass auch die Risiken der Operation grundsätzlich besprochen wurden bzw. Gegenstand einer Erörterung waren. Dies jedenfalls entspricht auch der Angabe des Beklagten zu 7. in der mündlichen Verhandlung, wonach Schlaganfallrisiko mit eventuell einseitigem Gesichtsfeldausfall erörtert wurde. Zwar haben sowohl die Zeugin [REDACTED] als auch der Kläger der Behauptung, Schlaganfall und Gesichtsfeldeinschränkung seien erörtert worden, widersprochen, jedoch hat das Gericht Bedenken bezüglich der Glaubhaftigkeit dieser Angaben, denn darüber hinaus hat der Kläger auch behauptet, von einer Handlungsalternative etwa der Ballondilatation nichts gewusst zu haben. Dem steht jedoch entgegen die Angabe der Zeugin [REDACTED], wonach sie zusammen mit ihrem Ehemann, dem Kläger, den

Aufklärungsbogen durchgelesen habe, wozu eine halbe oder gar eine ganze Stunde zur Verfügung gestanden hat. In diesem Aufklärungsbogen jedoch sind die anderen Behandlungsmöglichkeiten angeführt, nämlich die Gabe von Medikamenten allein, die Beseitigung der Engstellen durch Aufdehnen mit einem Ballonkatheder und evtl. Stabilisierung des Ergebnisses mit einer Gefäßstütze, und Entfernung des einengenden Gewebes mit Hilfe spezieller Herzkatheder oder Laserenergie. Damit steht fest, dass die Angabe des Klägers, von Behandlungsalternativen überhaupt nicht gewusst zu haben, falsch war, was die Zuverlässigkeit der Angaben des Klägers weiter zweifelhaft erscheinen lässt.

Bezüglich der Risikoaufklärung gilt, dass die Risiken einer Operation nicht medizinisch exakt und nicht in allen denkbaren Erscheinungsformen dargestellt werden müssen, vielmehr nur ein allgemeines Bild von der Schwere und der Richtung des konkreten Risikospektrums ausreichend ist, wobei jedoch im Vordergrund stehen müssen nachhaltige Belastungen der Lebensführung bei Verwirklichung der Risiken und zwar die Funktionsbeeinträchtigung wichtiger Organe. Deshalb muss auch über seltene Risiken aufgeklärt werden, die die Lebensführung schwer belasten und die trotz Seltenheit für den Eingriff spezifisch und für den medizinischen Laien überraschend sind. (OLG Oldenburg, Versicherungsrecht 1988, 408). Eine Möglichkeit der Erblindung im Rahmen einer Bypassoperation war zwar zum Zeitpunkt der Ausführung der hier streitigen Operation bereits bekannt, jedoch als ein seltenes Risiko, wobei im Zeitpunkt der hier streitigen Operation bekannte internationale Publikationen vorwiegend klinisch asymptotische Veränderungen beschrieben, die teilweise kurzzeitig temporär nachweisbar waren. Damit stellte der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] zurecht fest, dass das spezielle Risiko der Erblindung zum Zeitpunkt der Operation noch keine klinische Relevanz hatte, die eine ausdrückliche Erwähnung im Rahmen der Aufklärung erforderlich gemacht hätte. Zudem war in dem vom Kläger unterschriebenen Aufklärungsbogen auf das Risiko von Thrombosen und Embolien, also Bildung von Blutgerinnseln und Gefäßverschlüssen durch Verschleppen der Thromben, des Weiteren auf die Gefahr von Gehirnschäden infolge mangelnder Durchblutung nach Kreislaufstörungen ausdrücklich hingewiesen wie auch auf Nervenschädigungen bis hin zum Schlaganfall. Damit jedenfalls war ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des bei der konkreten Operation bestehenden Risikospektrums gegeben.

Eine konkrete Erscheinungsform der Durchblutungsstörung bzw. Nervenschädigung in Form einer Auswirkung am Sehnerv und der Folge einer Erblindung war jedoch nicht darzustellen, denn zum einen sind klinisch relevante und mit bleibenden Schädigungen einhergehende Durchblutungsstörungen eine seltene Komplikation nach Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. [REDACTED], zumal beim Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine Risikofaktoren vermindert werden können. Zum anderen ist das seltene Gesamtrisiko einer Durchblutungsstörung weiter zu reduzieren, wenn es verteilt wird auf die einzelne Organe, an welchen sich eine solche Durchblutungsstörung schädigend auswirken kann. Die Vielzahl der Organe jedoch, an welchen sich das Gesamtrisiko der Durchblutungsstörung auswirken kann und die damit verbundene Reduzierung des Risikos bezogen auf einzelne Organe lässt die pauschale Belehrung entsprechend den hier vorliegenden Aufklärungsbogen zum einen als zweckmäßig und genügend erscheinen, denn damit ist das Risikospektrum nach Schwere und Richtung genügend beschrieben, und zum anderen ist damit die Auswirkung am Sehnerv und damit die Beeinträchtigung der Sehkraft gerade für diesen Eingriff der Bypassoperation nicht spezifisch.

Von einem spezifischen Risiko der Erblindung bei der Bypassoperation könnte zum Zeitpunkt der Operation allenfalls dann gesprochen werden, wenn gerade die Auswirkung der Durchblutungsstörung am Sehnerv bzw. auf die Sehkraft als spezielle, wenn auch seltene jedoch typische Folge der Bypassoperation und damit qualitativ häufiger zu erwarten gewesen wäre, was jedoch ausweislich des Gutachtens des Sachverständigen [REDACTED] in Juli 1998 nicht der Fall war.

Eine Verpflichtung zur Belehrung über Behandlungsalternativen ist nicht verletzt worden.

Zum einen ist bereits zweifelhaft, ob eine solche Belehrung erforderlich war, was grundsätzlich nur dann der Fall ist, wenn die Methode des Arztes nicht die der Wahl ist, wovon hier nicht auszugehen ist nach Einschätzung des Sachverständigen [REDACTED], oder wenn konkret eine echte Alternative mit gleichwertigen Chancen aber andersartigen Risiken gegeben ist. Letzteres ist ebenfalls nicht der Fall ausweislich der Beurteilung des Sachverständigen Dr. [REDACTED], wonach nur theoretisch die Gabe bestimmter Medikamente und sonstige Therapien in Betracht gekommen wären, des

Weiteren eine Ballondilatation mit Einfügung einer Gefäßstütze. Die Gabe von Medikamenten behebt nicht die eigentliche Ursache der Erkrankung, nämlich die Engstelle in der Herzkranzarterie und die Ballondilatation bringt ein im Mittel 15 bis 30 %iges Risiko der erneuten Einengung nach zunächst erfolgreicher Dilatation. Dieses Risiko addiert sich bei mehreren Stenosen, wie hier beim Kläger, entsprechend auf das prozentual dreifache Risiko wie es der Sachverständige auch in der mündlichen Verhandlung vom 18.04.2001 bestätigt hat. Somit war eine gleichwertige Chance der Therapie durch Ballondilatation nicht gegeben und nach Einschätzung des Sachverständigen waren bei der Ballondilatation auch zum einen gleichartige Risiken wie bei der Bypassoperation gegeben, nämlich ähnliches Infarktisiko und Risiko auch einer Nervenschädigung im Bereich der Augen, wenn auch letzteres Risiko bei der Ballondilatation graduell geringer war. Andererseits ergaben sich jedoch bei der Ballondilatation weitere und andersartige Risiken, nämlich der Reißung einer Gefäßinnenwand mit folgendem Gefäßverschluss, was dem Gefäßverschluss durch Thrombus bei der Bypassoperation entspricht, des Weiteren das besondere Risiko eines Herzinfarktes intraoperativ und der Blutung im Bereich der Punktion. Es kann also bezüglich der Ballondilatation zum einen nicht von einer gleichwertigen Chance und zum anderen nicht grundsätzlich von andersartigen Risiken gesprochen werden, sondern lediglich von gleichartigen Risiken und zusätzlich andersartigen Risiken.

Selbst wenn gleichwohl im vorliegenden Fall von einer Verpflichtung zur Belehrung über Behandlungsalternativen ausgegangen würde, obwohl zur gewählten Methode nach Einschätzung des Sachverständigen und auch der Kammer keine echte Alternative bestand, so ist diese Aufklärungspflicht nicht verletzt, denn ausweislich des vom Kläger unterschriebenen Aufklärungsbogens ist auf die Möglichkeit andersartiger Behandlung hingewiesen worden (s.o.), wenn auch diese Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten mit der anschließenden Beurteilung verbunden ist, dass nach Prüfung aller Möglichkeiten im Falle des Klägers die Bypassoperation die geeignetste Behandlungsmethode sei. Wenn der Kläger hierzu erklärt hat, Behandlungsalternativen seien ihm nicht dargestellt worden, so ist dies mit dem Inhalt des Patientenaufklärungsbogens widerlegt und damit fehlte es nicht an der Möglichkeit, jedenfalls andere Behandlungsalternativen im Gespräch mit dem Arzt zu erörtern und in diesem Rahmen Für und Wider zu erörtern. Dass die Beurteilung, die

Bypassoperation sei die geeignetste Methode, richtig war, hat der Sachverständige Prof. [REDACTED] überzeugend bestätigt, so dass mit diesem Hinweis im Aufklärungsbogen dem Kläger nicht unzulässig die Erörterung des Für und Wider einer Bypassoperation beschnitten wurde.

Zudem lässt die Aussage der Zeugin [REDACTED] durchklingen, dass die verschiedenen Behandlungsalternativen bereits im den Kläger an die Beklagte zu 1. überweisenden [REDACTED] erörtert wurden, denn die Zeugin hat insoweit dargelegt, dass der Kläger sie darüber informiert habe, dass bereits im [REDACTED] entschieden worden sei, dass eine Bypassoperation durchgeführt werden müsse. Danach wäre der Kläger bereits dort über Behandlungsalternativen aufzuklären gewesen und - wenn denn bereits dort entschieden worden ist - auch aufgeklärt worden.

Selbst wenn von einer Verletzung der Aufklärungspflicht ausgegangen würde, wäre diese nicht ursächlich für die Einwilligung des Klägers zur Durchführung der Bypassoperation. Der Kläger hätte sich nämlich nicht bei regelgerechter Aufklärung über Risiken und Behandlungsalternativen in einem echten Entscheidungskonflikt befunden. Nach seinen schriftsätzlichen Darlegungen wäre ausschlaggebend für die ernsthafte Erwägung von Alternativen nämlich anderweitiger Beratung, anderweitiger Ausführung der Operation oder Verweigerung der Operation gewesen, dass er eine Erblindung befürchtet hätte. In diesen Entscheidungskonflikt wäre der Kläger bei ordnungsgemäßer Belehrung jedoch nicht gekommen, denn ausweislich der Erwägungen der Kammer aufgrund der Darlegungen des Sachverständigen [REDACTED] wäre über ein Erblindungsrisiko konkret nicht aufzuklären gewesen; der Kläger hätte über dieses Risiko nicht expressis verbis aufgeklärt werden müssen, so dass der Faktor einer möglichen Erblindung und der Furcht des Klägers davor bei seinen Entscheidungserwägungen nicht ins Gewicht gefallen wäre. Dass jedoch auch andere Faktoren ihm abgesehen von einem Erblindungsrisiko in einen Entscheidungskonflikt gebracht hätten, hat der Kläger nicht dargelegt. Er hätte sich somit trotz aller anderen aus dem Aufklärungsbogen ersichtlichen Risikofaktoren und Behandlungsalternativen für die Bypassoperation entschieden. Abgesehen von dem Umstand mangelnder Aufklärungspflicht über den entschiedenen Faktor eines Erblindungsrisikos befand der Kläger sich jedoch auch nach seinen Darlegungen im Übrigen nicht in einem glaubhaften echten Entscheidungskonflikt, aus dem heraus die behauptete Ablehnung

der Behandlung zum damaligen Zeitpunkt verständlich würde. Beim Kläger bestand eine absolute Operationsindikation und Behandlungsalternativen waren mit einem gleichartigen daneben jedoch auch andersartigem Risiko verbunden. Die Darstellung, sich selbst angesichts des geringen Erblindungsrisikos nicht auf die indizierte Operation eingelassen zu haben, überzeugt nicht, bedarf jedoch angesichts mangelnder Aufklärungspflichtverletzung nicht weiterer Erörterung.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 91 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit aus § 709 ZPO.

