

Brandenburgisches Oberlandesgericht, Urteil vom 10. März 1999 – 1 U 54/98

Arzthaftung: Aufklärungspflicht bei operativer Entfernung der Gallenblase; Durchtrennung des Hauptgallenganges; Schmerzensgeld

Leitsatz

1. Zur ärztlichen Aufklärungspflicht bei operativer Entfernung der Gallenblase.
2. Zur Arzthaftung im Falle der Durchtrennung des Hauptgallenganges.
3. Zeigt sich nach Eröffnung des Bauchraumes eine offensichtlich unklare anatomische Situation (erhebliche Verwachsungen und anatomische Anomalien), so liegt ein grober Behandlungsfehler vor, wenn vor der Entfernung der Gallenblase der Versuch einer intraoperativen röntgendiagnostischen Abklärung der Gallenwege durch eine Cholangiographie unterbleibt und es zu einer Läsion des Hauptgallenganges kommt.

Orientierungssatz

1. Der Arzt genügt seiner Aufklärungspflicht bei operativer Entfernung der Gallenblase, wenn in dem Aufklärungsbogen, den der Patient am Tage vor der Operation unterzeichnet, ausreichend über die Behandlungsalternativen (Laparoskopie und Laparotomie) informiert, auf die Möglichkeit des Wechsels der Operationsmethode hingewiesen und die Möglichkeit einer Verletzung unter anderem auch der großen Gallengänge, der Entstehung einer Fistel, des Austritts von Galle in den Bauchraum sowie einer Infektion des Bauchraumes aufgezeigt wird.
2. Bei einer Durchtrennung des Hauptgallenganges mit schweren Folgen (Erwerbsunfähigkeit, mehrere Krankenhausaufenthalte, Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Gewichtsabnahme, Ikterus, regelmäßiger Wechsel der Endoprothese, Entzündungen der Gallenwege, Hautjucken, Mattigkeit) ist ein Schmerzensgeld von 30.000 DM angemessen.

Tenor

Die Berufung der Beklagten gegen das am 14. August 1998 verkündete Urteil der 7. Zivilkammer des Landgerichts Frankfurt (Oder) – 17 O 456/96 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens haben die Beklagten als Gesamtschuldner zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Wert der Beschwer – zugleich Streitwert für das Berufungsverfahren – beträgt 40.000,- DM.

Tatbestand

- 1 Die Klägerin nimmt die Beklagten – als Gesamtschuldner – im Wege der Arzthaftung auf Zahlung von Schmerzensgeld in Anspruch und begehrt die Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten für materielle und künftige immaterielle Schäden.

- 2 Die am ... geborene Klägerin litt etwa seit Anfang 1994 unter Beschwerden im rechten Oberbauch, insbesondere nach der Einnahme von Mahlzeiten. Aufgrund einer Oberbauchsonographie vom 7. April 1994 wurde eine Cholecystolithiasis (Gallenblasensteinleiden) festgestellt. Im Juni 1994 wurde die Klägerin von ihrer Hausärztin wegen einer Entzündung der Gallenblase zum Zwecke der Cholecystektomie (operative Entfernung der Gallenblase) in das Krankenhaus des Beklagten zu 1) überwiesen, wo sie am 27. Juni 1994 zur stationären Behandlung aufgenommen wurde. Bei ihrer Aufnahme übergab die Klägerin den Ärzten im Krankenhaus des Beklagten zu 1) sämtliche bei ihr vorhandenen Arzt- und Röntgenunterlagen, unter anderem auch betreffend die Durchführung einer Omphalozelenoperation (Nabelschnurbruchoperation) vom 8. Februar 1965, die im Nabelbereich ein starkes und dichtes Narbengewebe mit einer Fläche von etwa 3 x 5 cm hinterlassen hatte. Bei einer Voruntersuchung der Klägerin im Krankenhaus des Beklagten zu 1) wurden außer einer minimalen Amylaseanaemie keine Besonderheiten festgestellt. Die Ärzte des Krankenhauses des Beklagten zu 1) rieten der Klägerin daher zur Durchführung einer laparoskopischen Cholecystektomie (Entfernung der Gallenblase im Wege der Bauchspiegelung). Am 27. Juni 1994 unterzeichnete die Klägerin einen Aufklärungsbogen, in dem die beiden in Betracht kommenden operativen Möglichkeiten zur Entfernung der Gallenblase – die endoskopische (laparoskopische) Methode und die herkömmliche Methode der Laparotomie (Bauchschnitt) – vorgestellt und hiervon die laparoskopische Methode empfohlen wurde. Weiter heißt es darin unter anderem:

- 3 "Änderungen und Erweiterungen des Eingriffs

- 4 Ausgedehnte flächenhafte Verwachsungen sowie technische oder anatomische Gründe können die endoskopische Entfernung der Gallenblase unmöglich machen; es kann dann erforderlich werden, den Eingriff sofort mit der herkömmlichen Operationsmethode fortzusetzen. Die Notwendigkeit, den Bauchraum durch einen Bauchschnitt zu öffnen, kann sich auch durch einen überraschenden Befund ergeben, der bei der Bauchspiegelung festgestellt wird, oder durch eine Komplikation während der endoskopischen Operation. (...)

- 5 Mögliche Komplikationen

(...)

- 6 Ähnlich wie bei der Operation durch Bauchschnitt, ist die Verletzung benachbarter Organe, wie z. B. der großen Gallengänge, von Dünn- und Dickdarm, Leber oder Magen, sowie von großen Blutgefäßen durch die Instrumente, durch elektrischen Strom oder Hitze nicht mit absoluter Sicherheit auszuschließen. (...)
- 7 In sehr seltenen Fällen, in denen der Verschuß von Gallengängen oder Blutgefäßen nicht dicht bleibt, kann es – wie bei der herkömmlichen Operation durch Bauchschnitt – zu Nachblutungen sowie zum Austritt von Galle in den Bauchraum und im weiteren Verlauf zu einer Fistel (Verbindung von Gallenwegen zur Darm- oder Bauchwand) oder auch zu einer Peritonitis (Infektion des Bauchraumes) kommen. (...)"
- 8 Die Klägerin unterzeichnete am Ende des Aufklärungsbogens eine Einwilligungserklärung folgenden Inhalts:
- 9 "Ich willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff einschließlich der Schmerzbetäubung sowie der erforderlichen Untersuchungen und Nebeneingriffe ein. Ich bin mit Änderungen und Erweiterungen des Eingriffs einverstanden, die sich während der Operation als erforderlich erweisen."
- 10 Eine sonographische Untersuchung der Klägerin vom 27. Juni 1994 ergab eine Schrumpfgallenblase bei Cholecystolithiasis und ansonsten keinen Befund. Am 28. Juni 1994 wurde die Klägerin zwischen 12.00 Uhr und 14.55 Uhr von einem Operationsteam von Ärzten des Krankenhauses des Beklagten zu 1) unter der Leitung der Beklagten zu 2), einer Fachärztin für Chirurgie, operiert. Dabei wurde zunächst die laparoskopische Methode angewandt. Bei der endoskopischen Inspektion des Bauchraumes zeigten sich massive spinnwebenartige Verwachsungen im Bereich der Oberbauchmitte und eine embryonale Fehlbildung der Leber, die vergrößert und vielfach verlappt war und bis in den rechten Unterbauch reichte. Zudem war der Magen weit nach rechts gezogen. Wegen dieser anatomischen Anomalien im Bauchraum und atypisch verlaufender Gefäße konnte endoskopisch die exakte Lage der Gallenblase nicht eindeutig bestimmt werden. Deshalb entschlossen sich die Operateure gegen 13.00 Uhr zu einer Umstellung der Operationsmethode auf die Laparotomie im Wege eines rechtsseitigen Rippenbogenrandschnittes. Die Exstirpation der Gallenblase war wegen nicht eindeutig identifizierter anatomischer Verhältnisse, Anomalien und Verwachsungen mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Bei der Operation kam es zu einer Durchtrennung des Ductus Choledochus (Hauptgallenganges), die von den operierenden Ärzten nicht erkannt wurde. Der Bauchraum wurde mehrfach inspiziert. Kleinere Blutungen im Bereich des Leberbettes wurden durch Klämmerchen und Einzelligaturen gestillt, und es wurde eine Zieldrainage gelegt. Nachdem weitere Kontrollen des Bauchraumes auf Blutungen oder Gallesekretion negativ verlaufen waren, schlossen die Operateure die Bauchdecke wieder. Postoperativ

wurde die Klägerin in der intensivmedizinischen Abteilung mit Infusionen und Analgetika versorgt. Zunächst ergaben sich keine Komplikationen. Am Abend des 1. Juli 1994 verschlechterte sich der Zustand der Klägerin. Die Klägerin klagte über Beschwerden und erhebliche Schmerzen. Sie litt unter Fieber und Ikterus (Gelbfärbung) und konnte nichts essen und kaum etwas trinken. Am 3. Juli 1994 ergab eine Untersuchung eine deutliche Verschlechterung der Leber- und der Bilirubinwerte. Nach Auftreten erheblicher Gallenabsonderung vermuteten die Ärzte des Krankenhauses des Beklagten zu 1) eine Läsion des Gallenganges. Eine hierauf durchgeführte ERCP-Untersuchung (Röntgenkontrastdarstellung der Gallenblase bzw. der Gallengänge) ergab die Feststellung einer Durchtrennung des Ductus Choledochus. Daraufhin wurde die Klägerin unter Einsatz eines Hubschraubers am 4. Juli 1994 in das Universitätsklinikum C in B verlegt. Dort wurde die Klägerin am 13. Juli 1994 operiert. Ausweislich des Operationsberichts wurden bei der Operation erhebliche Mengen von Gallenflüssigkeit (mindestens zwei Liter) im Bauchraum, Verwachsungen im Bereich des rechten Oberbauchs, ein sogenannter Riedelscher Lebermittellappen (zungenförmige Ausziehung der Leber vor der Gallenblase) in einer Ausdehnung von etwa 5 x 10 cm und eine ständig persistierende Gallenfistel unmittelbar im Leberhilus (Leberpforte) festgestellt. Die Operateure entdeckten zahlreiche Ligaturen im Bereich des Leberhilus und eine vollständige Durchtrennung des Hepatocholedochus (leber-/galleableitender Kanal) im Bereich des Leberhilus; der in die Leberpforte eintretende Hepatocholedochus zeigte sich weit offen, so daß sich permanent Galle in den Bauchraum entleerte. Der Hepatocholedochus wurde operativ an den Leberhilus angebunden, Verwachsungen im Bereich des Mittelbauches wurden entfernt, die Bauchhöhle wurde ausgiebig gespült und es wurden mehrere Drainagen gelegt. Der stationäre Aufenthalt der Klägerin in der C endete am 22. August 1994. In der Zeit vom 10. bis 22. November 1994 befand sich die Klägerin abermals wegen Ikterus zur stationären Behandlung in der C. Dort stellte sich heraus, daß der Drainageschlauch zugesetzt war. Die Klägerin war seitdem – zunächst bis Januar 1995 – arbeitsunfähig krank. Sie litt im folgenden unter Gewichtsverlust – bis auf ein zwischenzeitliches Minimum von nurmehr 37 kg Körpergewicht –, Schlafstörungen und Juckbeschwerden. Augen und Haut der Klägerin wiesen zeitweise Gelbfärbungen auf, und die Leberwerte waren schlecht, beruhend auf einer Stauung der Galle im rechten Leberlappen. Seit November 1994 befand sich die Klägerin deswegen in ambulanter hausärztlicher Behandlung. Am 15. Januar 1995 konnte sie wieder ihre berufliche Tätigkeit als Kindergärtnerin aufnehmen, allerdings nur bis zu sechs Stunden täglich. In der Zeit vom 20. Oktober bis 2. November 1995 befand sich die Klägerin erneut in stationärer Behandlung in der C, anlässlich derer eine Endoprothese (Ersatzstück aus Fremdmaterial) in den Hauptgallengang gelegt wurde. Gleichwohl verschlechterte sich der Zustand der Klägerin im folgenden weiter. Es kam zu einem mehrmaligen Wechsel der Endoprothese. Schließlich wurde eine bakterielle Infektion festgestellt, die die Klägerin dazu zwingt, laufend Antibiotika einzunehmen. In der Zeit vom 19. bis 27. Februar 1996 wurde die Klägerin wegen blutender Krampfader 2. und 3. Grades (Oesophagusvarizen; Erweiterung der Speiseröhrenvenen) stationär in der C behandelt. Hierbei wurden mehrmals Gastroskopien vorgenommen und die Endoprothese ausgewechselt. Am 17. und 18. April 1996 befand sich die Klägerin wegen der Krampfader zu einer Kontrolluntersuchung in der C. Am 28. Mai 1996 erfolgte eine

Leberkontrolle nebst Wechsel der Endoprothese, die alle drei Monate vonnöten ist.

11 Mit ihrer am 25. Juni 1996 eingegangenen und den Beklagten am 15. Oktober 1996 zugestellten Klage hat die Klägerin Ansprüche aus Arzthaftung erhoben. Sie hat behauptet, sie sei vor der Operation vom 28. Juni 1994 nicht über die spezifischen Risiken einer laparoskopischen Cholecystektomie im Hinblick auf die frühere Omphalozelenoperation mit daraus resultierenden Anomalien in der Bauchdecke und im Bauchraum aufgeklärt worden. Sie selbst habe wegen der früheren Omphalozelenoperation Bedenken gegen die vorgeschlagene Laparoskopie geäußert, die Ärzte im Krankenhaus des Beklagten zu 1) auf die Narbe hingewiesen und sich erkundigt, ob hieraus Probleme entstehen könnten, was die Ärzte verneint hätten. Im übrigen sei sie davon ausgegangen, von dem Chefarzt R oder dem Oberarzt E zwei Spezialisten auf dem Gebiet der laparoskopischen Cholecystektomie, operiert zu werden. Die Beklagte zu 2) verfüge über keine Zusatzausbildung für eine solche Operation. Die Klinikaufenthalte in den Jahren 1995 und 1996 seien auf die Durchtrennung des Hauptgallengangs zurückzuführen. Dies gelte insbesondere auch für die die blutenden Krampfader (Oesophagusvarizen) betreffende stationäre Behandlung, da jene durch eine fehlerhafte Leberfunktion verursacht worden seien. Sie, die Klägerin, leide dauerhaft unter erheblichen Belastungen, Schlafstörungen und depressiver Verstimmung, Ängsten und Schmerzen; sie sei seit Dezember 1994 zu 60% anerkannt schwerbehindert. Aus der Durchtrennung des Gallenganges sei eine Gallengangstenose (Verengung) entstanden, die noch unabsehbare negative Folgen nach sich ziehen könne. Die Klägerin hat geltend gemacht, den Ärzten des Krankenhauses des Beklagten zu 1), insbesondere der Beklagten zu 2), seien schuldhaft Behandlungsfehler unterlaufen. Wegen der Anomalien im Bereich der Bauchdecke und des Bauchraumes sei es bereits fehlerhaft gewesen, eine Laparoskopie zu empfehlen und durchzuführen. Ohne die Laparoskopie wäre die Gallengangdurchtrennung vermieden worden. Im übrigen stelle die Gallengangdurchtrennung für sich allein bereits einen schuldhaften Behandlungsfehler dar, zumal gerade wegen der der Beklagtenseite bekannt gewesenen anatomischen Anomalien eine besonders vorsichtige Vorgehensweise und eine intraoperative röntgendiagnostische Abklärung der anatomischen Verhältnisse angezeigt gewesen seien. Letztlich hätten die Operateure, vor allem die Beklagte zu 2), die Spezialisten R oder E hinzuziehen müssen, nachdem sich in der Operation Komplikationen herausgestellt hätten. Die Klägerin hat gemeint, unter Berücksichtigung aller Umstände sei ein Schmerzensgeld von mindestens 20.000,- DM angemessen.

12 Die Klägerin hat beantragt,

13

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld für den Zeitraum vom 28. Juni 1994 bis zum 24. Juli 1998 nebst 4% Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen;

14

2. festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr sämtliche materiellen und immateriellen Schäden, letztere, soweit sie nach dem 24. Juli 1998 entstehen, aus der Operation vom 28. Juni 1994 zu erstatten, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen.

15 Die Beklagten haben beantragt,

16 die Klage abzuweisen.

17 Sie haben behauptet, die Klägerin sei über die möglichen Komplikationen des Eingriffs, insbesondere das Risiko einer Gallengangverletzung, und über den etwa erforderlichen Wechsel der Operationsmethode ordnungsgemäß aufgeklärt worden. Die Laparoskopie sei auch unter Berücksichtigung der früheren Omphalozelenoperation mit daraus verbliebener Vernarbung der Bauchdecke möglich gewesen und von der Klägerin sogar ausdrücklich gewünscht worden. Mit Anomalien im Bereich der Leber und Galle infolge der früheren Omphalozelenoperation habe nicht gerechnet werden können. Die Laparoskopie sei auch unter Berücksichtigung der anatomischen Anomalien nicht mit einem erhöhten Risiko verbunden gewesen. Unabhängig von der Wahl der Operationsmethode sei eine Gallengängläsion als typisches Operationsrisiko hier – vor allem auch wegen der anatomischen Anomalien – weder vorhersehbar noch vermeidbar gewesen. Eine Durchtrennung des Gallengangs sei schwer zu erkennen und auch auf einem Röntgenbild nicht sichtbar. Für die Hinzuziehung der Ärzte R und E habe ebensowenig eine Notwendigkeit bestanden wie für eine intraoperative röntgendiagnostische Untersuchung. Bei der Beklagten zu 2) handele es sich um eine – gerade auch im Bereich von Gallenblasenoperationen – erfahrene Chirurgin. Eine intraoperative röntgendiagnostische Untersuchung sei für den Patienten mit Gefahren verbunden und auch nicht aussagekräftig und zuverlässig genug. Die Beschwerden und stationären Krankenhausaufenthalte der Klägerin in der Zeit nach dem 22. August 1994 seien ausschließlich auf die anatomischen Anomalien, nicht aber auf die Durchtrennung des Gallengangs, zurückzuführen. Insbesondere die blutenden Krampfaderstümpfe stünden hiermit in keinem Zusammenhang.

18 Das Landgericht hat Beweis erhoben zu der Frage, ob und inwieweit den Ärzten des Krankenhauses des Beklagten zu 1), insbesondere der Beklagten zu 2), bei der Operation vom 28. Juni 1994 oder bei der Nachbehandlung ein vorwerfbarer und kausaler Behandlungsfehler unterlaufen ist, durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen J K Wegen der Einzelheiten und des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Inhalt der Beweisbeschlüsse vom 15. Januar 1997 und 16. Februar 1998 sowie auf das Gutachten des Sachverständigen vom 12. Dezember 1997 und sein Ergänzungsgutachten vom 28. Mai 1998 verwiesen.

- 19 Durch sein am 14. August 1998 verkündetes Urteil, auf das ergänzend Bezug genommen wird, hat das Landgericht Frankfurt (Oder) die Beklagten gesamtschuldnerisch zur Zahlung eines Schmerzensgeldbetrages von 30.000,- DM nebst Prozeßzinsen verurteilt und antragsgemäß die Ersatzpflicht der Beklagten als Gesamtschuldner für die materiellen Schäden sowie für die nach dem 24. Juli 1998 entstehenden immateriellen Schäden der Klägerin festgestellt. Zur Begründung hat das Landgericht im wesentlichen ausgeführt: Die Beklagte zu 2), für deren Verschulden der Beklagte zu 1) mit einzustehen habe, habe es schuldhaft unterlassen, die Gallengänge durch Punktion der Gallenblase und Kontrastmittelröntgenuntersuchung eindeutig zu identifizieren; hierdurch sei es zur Durchtrennung des Hauptgallenganges gekommen. Zudem sei den Beklagten vorzuwerfen, daß das Unterlassen einer intraoperativen Cholangiographie (Röntgenkontrastdarstellung der Gallengänge) verhindert habe, daß eine etwa bereits erfolgte Durchtrennung des Hauptgallenganges sofort erkannt und behoben worden sei. Die Beschwerden der Klägerin seien – mit Ausnahme der Krampfadern (Oesophagusvarizen) – auf die Durchtrennung des Hauptgallenganges zurückzuführen. Die Bemessung des Schmerzensgeldes mit einem Betrag in Höhe von 30.000,- DM rechtfertige sich insbesondere mit Blick auf das schwere Verschulden der Beklagten zu 2).
- 20 Gegen dieses ihnen am 26. August 1998 zugestellte Urteil haben die Beklagten mit Eingang vom 28. September 1998, einem Montag, Berufung eingelegt und ihre Berufung – nach Verlängerung der Begründungsfrist bis zum 30. November 1998 durch Verfügung des Senatsvorsitzenden vom 22. Oktober 1998 – mit Schriftsatz vom 30. November 1998, eingegangen am selben Tage, begründet.
- 21 Die Beklagten bestreiten ihre Haftung und führen ergänzend aus: Das Landgericht habe einen kausalen Behandlungsfehler nicht festgestellt, insbesondere den Kausalitätsnachweis nicht angesprochen. Bei der Durchtrennung des Hauptgallenganges handele es sich um ein nicht vorhersehbares und nicht vermeidbares Operationsrisiko. Auch eine vorherige röntgendiagnostische Identifikation der Gallenwege könne nicht ausschließen, daß es hierbei zu Irrtümern oder während der Operation zu einer Durchtrennung des Hauptgallenganges komme. Die Durchtrennung des Hauptgallenganges sei möglicherweise bereits bei der Laparoskopie entstanden. Die Durchführung einer intraoperativen Cholangiographie hätte eine zusätzliche Belastung für die Klägerin mit sich gebracht und gegenüber der hier erfolgten mehrmaligen Inspektion des Operationsgebietes keine zusätzlichen Erkenntnissen ergeben. Im übrigen habe während der Operation kein Anhaltspunkt für eine Läsion des Hauptgallenganges bestanden. Es handele sich um einen schicksalsbedingten Geschehensablauf, für dessen Folgen die Beklagten nicht einzustehen hätten.
- 22 Die Beklagten beantragen,
- 23 die Klage unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung abzuweisen.

- 24 Die Klägerin beantragt,
- 25 die Berufung zurückzuweisen.
- 26 Sie verteidigt das angefochtene Urteil und macht geltend, daß es fehlerhaft unterlassen worden sei, vor der Operation, spätestens aber vor dem Übergang zur Laparotomie, mittels einer Punktion der Gallenblase nebst Cholangiographie die anatomischen Verhältnisse, insbesondere die genaue Lage der Gallenwege und -gänge, eindeutig und zuverlässig festzustellen. Auf diese Weise wäre die Durchtrennung des Hauptgallenganges verhindert worden. Auf die Frage, wann genau es während der Operation zur Durchtrennung des Hauptgallenganges gekommen sei, komme es nicht an. Im übrigen habe die Beklagte zu 2) es verabsäumt, nach dem Auftreten von Komplikationen einen erfahrenen Operateur hinzuziehen.
- 27 Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die in beiden Rechtszügen eingereichten Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen verwiesen.
- 28 Der Senat hat aufgrund seines Beschlusses vom 10. Februar 1999 Beweis erhoben durch ergänzende Befragung des Sachverständigen J K Wegen der Einzelheiten und des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschrift vom 10. Februar 1999 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

- 29 Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Das Landgericht hat die Klage zu Recht als begründet angesehen.
- 30 I. Die Berufung ist zulässig. Sie ist gemäß §§ 511, 511 a Abs. 1 ZPO an sich statthaft und form- und fristgerecht bei dem zuständigen Brandenburgischen Oberlandesgericht eingelegt und begründet worden (§§ 516, 518 f. ZPO, § 119 Abs. 1 Nr. 3 GVG).
- 31 II. Das Rechtsmittel ist aber sachlich nicht gerechtfertigt. Das angefochtene Urteil leidet nicht an einem Verfahrensfehler. Die Klage ist zulässig und – in dem zuerkannten Umfang – begründet.
- 32 1. Die angefochtene Entscheidung und das zugrundeliegende Verfahren unterliegen keinen formalen Mängeln. Es war dem Landgericht insbesondere möglich, erheblich – hier: um 50 % – über die von der Klägerin angegebene Mindestgrößenordnung des Schmerzensgeldbetrages hinauszugehen, ohne hierdurch gegen § 308 Abs. 1 ZPO zu verstoßen. Da die Bemessung des Schmerzensgeldes im Ermessen des Gerichts steht, besteht keine Bindung an eine von der Klägerseite mitgeteilte (Mindest-)Größenordnung (s.

BGHZ Bd. 132, S. 341, 350 ff.; Zöller/Vollkommer, ZPO, 21. Aufl. 1999, § 308 Rdn. 2; Baumbach/Hartmann, ZPO, 57. Aufl. 1999, § 308 Rdn. 5).

- 33 2. Die Zulässigkeit der Klage begegnet keinen Bedenken. Für den Antrag zu 1) (Schmerzensgeld) bedarf es anerkanntermaßen keiner Bezifferung, sondern lediglich der Angabe der ungefähren Größenordnung oder eines Mindestbetrages, um dem Bestimmtheitserfordernis nach § 253 Abs. 2 Nr. 2 ZPO zu genügen (s. BGHZ Bd. 132, S. 341, 350 f.; BGH NJW 1992, S. 311 f.; Palandt/Thomas, BGB, 58. Aufl. 1999, § 847 Rdn. 14; Zöller/Greger, aaO., § 253 Rdn. 14 f. m.w.Nw.). Zulässig ist auch der Feststellungsantrag zu 2). Das Feststellungsinteresse (§ 256 Abs. 1 ZPO) ist bereits dann zu bejahen, wenn die Entstehung eines Schadens – sei es auch nur entfernt – "möglich", aber noch nicht vollständig gewiß ist und der Schaden daher noch nicht abschließend beziffert werden kann (s. BGH NJW 1984, S. 1552, 1554; NJW-RR 1988, S. 445; NJW 1991, S. 2707, 2708; Baumbach/Hartmann, aaO., § 256 Rdn. 77 ff., 79, 81; Zöller/Greger, aaO., § 256 Rdn. 7 a, 8). Dies ist hier der Fall.
- 34 3. Die Klage ist begründet.
- 35 a) Die Anspruchsgrundlage folgt gegenüber dem Beklagten zu 1) hinsichtlich des materiellen Schadensersatzes (Antrag zu 2)) aus den Grundsätzen über die Haftung aus positiver Vertragsverletzung (§§ 242, 276, 278, 249, 251 BGB) bzw. aus §§ 823, 831, 249 ff. BGB und hinsichtlich der Schmerzensgeldforderung (Anträge zu 1) und 2)) aus §§ 823, 831, 847 Abs. 1 BGB. Gegenüber der Beklagten zu 2) ist die Klage aus §§ 823, 249 ff. und § 847 Abs. 1 BGB begründet. Die Beklagten haften gemäß § 840 Abs. 1, § 421 BGB als Gesamtschuldner.
- 36 Im vorliegenden Fall ist von dem Abschluß eines sogenannten "totalen Krankenhausvertrages" auszugehen. Ein Vertragsverhältnis ist danach nur zwischen der Klägerin und dem Beklagten zu 1) (Krankenhausträger) zustande gekommen. Die behandelnden Ärzte sind nicht selbst Vertragspartner der Klägerin, sondern Erfüllungsgehilfen und Verrichtungsgehilfen bzw. Organe des Krankenhausträgers (vgl. BGH NJW 1978, S. 1681; Palandt/Heinrichs, BGB, 57. Aufl. 1998, § 278 Rdn. 26; Palandt/Putzo, aaO., vor § 611 Rdn. 19; Palandt/Thomas, aaO., § 831 Rdn. 7 m.w.Nw.). Während Chefarzte, die eigenverantwortlich und weitgehend weisungsfrei die ihnen unterstellte Abteilung in einem Krankenhaus leiten, als verfassungsmäßig berufene Vertreter (Organe) anzusehen bzw. haftungsrechtlich als solche zu behandeln sind, so daß der Krankenhausträger für ihr Verschulden deliktsrechtlich gemäß §§ 89, 31 BGB – ohne Möglichkeit der Exkulpation gemäß § 831 BGB – einzustehen hat (s. etwa BGHZ Bd. 77, S. 74, 75 ff.; Bd. 95, S. 63, 67; Bd. 101, S. 215, 218; BGH NJW 1972, S. 334; Palandt/Heinrichs, aaO., § 89 Rdn. 6; Münch.Komm.-Stein, BGB, Bd. 5, 3. Aufl. 1997, § 831 Rdn. 6; Münch.Komm.-Mertens, aaO., § 823 Rdn. 463), haftet der Krankenhausträger für die übrigen angestellten Ärzte – wie hier: die Beklagte zu 2) – deliktsrechtlich nach § 831 BGB (s. etwa BGH NJW 1959, S. 2302, 2303; NJW 1988,

S. 2298, 2300; Palandt/Thomas, aaO., § 831 Rdn. 7; Münch.Komm.-Stein, aaO., § 831 Rdn. 33; Münch.Komm.-Mertens, aaO., § 823 Rdn. 464). Anhaltspunkte für eine mögliche Exkulpation gemäß § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB sind indes weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

- 37 b) Die Klage kann nicht mit Erfolg auf einen Aufklärungsmangel hinsichtlich der Operation vom 28. Juni 1994 gestützt werden.
- 38 Die Klägerin ist hier nicht mangelhaft – unvollständig oder unrichtig – über die Cholecystektomieoperation und die damit verbundenen Risiken aufgeklärt worden, so daß eine Haftung der Beklagten nicht schon deshalb besteht, weil keine wirksame Einwilligung der Klägerin in die Operation vorgelegen hätte und der operative Eingriff aus diesem Grunde rechtswidrig gewesen wäre.
- 39 Der Patient muß – zum Zwecke der Wahrung seines Selbstbestimmungsrechts – über die mit der ordnungsgemäßen Operation verbundenen spezifischen Risiken im Großen und Ganzen aufgeklärt werden. Die gebotene "Grundaufklärung" hat dem Patienten einen zutreffenden allgemeinen Eindruck von der Schwere des Eingriffs und der Art der Belastungen zu vermitteln, die für seine körperliche Integrität und seine Lebensführung möglicherweise zu befürchten sind (vgl. BGH NJW 1984, S. 2629, 2630; NJW 1985, S. 2193; NJW 1986, S. 780; NJW 1991, S. 2346, 2347; NJW 1992, S. 2351, 2352; NJW 1996, S. 777, 779; Palandt/Thomas, aaO., § 823 Rdn. 45, 47; Münch.Komm.-Mertens, aaO., § 823 Rdn. 354, 419, 423, 432). Die Aufklärungspflicht erstreckt sich grundsätzlich nur auf die spezifischen Risiken der Operation; der Arzt muß – ungefragt – nicht über alle denkbaren Risiken aufklären, insbesondere nicht über die allgemeinen Gefahren, die jeder Operation anhaften (z. B. Wundinfektion; vgl. BGH NJW 1986, S. 780; NJW 1994, S. 2414; NJW 1996, S. 777, 779; Palandt/Thomas, aaO., § 823 Rdn. 49; Münch.Komm.-Mertens, aaO., § 823 Rdn. 424). Auf mögliche Behandlungsalternativen muß nur dann hingewiesen werden, wenn im konkreten Fall mehrere gleichermaßen medizinisch indizierte und übliche Behandlungsmethoden in Betracht kommen, die über einigermaßen gleiche Erfolgchancen verfügen und unterschiedliche Vorteile und Risiken aufweisen, so daß für den Patienten eine echte Wahlmöglichkeit besteht; im übrigen bleibt die Wahl der Behandlungsmethode Sache – und Verantwortung – des Arztes (s. BGH NJW 1986, S. 780; NJW 1988, S. 763, 764; NJW 1988, S. 765, 766; NJW 1992, S. 2353, 2354; Palandt/Thomas, aaO., § 823 Rdn. 47; Münch.Komm.-Mertens, aaO., § 823 Rdn. 427). Die Aufklärung muß so rechtzeitig vor der Operation erfolgen, daß dem Patienten eine ausreichende Bedenkzeit bleibt (s. BGH NJW 1992, S. 2351 f.; NJW 1994, S. 3009, 3010 f.; Palandt/Thomas, aaO., § 823 Rdn. 46; Münch.Komm.-Mertens, aaO., § 823 Rdn. 440).
- 40 Im vorliegenden Fall hat die Klägerin am Tage vor der Operation einen Aufklärungsbogen unterzeichnet, in dem über die Behandlungsalternativen – Laparoskopie und Laparotomie – ausreichend informiert, auf die Möglichkeit des Wechsels der Operationsmethode während der Operation hingewiesen und die Möglichkeit einer Verletzung unter anderem auch der

großen Gallengänge, der Entstehung einer Fistel, des Austritts von Galle in den Bauchraum sowie einer Infektion des Bauchraumes aufgezeigt wird. Damit hat die Beklagtenseite ihrer Aufklärungspflicht genügt. Eine zusätzliche Aufklärung in bezug auf etwaige mit der früheren Omphalozelenoperation verbundene Risiken war hier nicht geboten. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen in seinem Gutachten vom 12. Dezember 1997 war die Omphalozelenoperation vom 8. Februar 1965 ohne Bedeutung für die Cholecystektomie, da eine Omphalozelenoperation regelmäßig nur einen Eingriff in das Niveau der Bauchdecke darstellt und keine schwereren Verwachsungen oder Veränderungen im Bauchraum mit sich bringt. Damit kommt es auch nicht darauf an, ob die Behauptung der Klägerin zutrifft, wonach sie wegen der früheren Omphalozelenoperation Bedenken gegen eine Laparoskopie geäußert habe, die von den Ärzten des Krankenhauses des Beklagten zu 1) verneint worden seien. Denn daraus ergäbe sich nach den vorstehenden Ausführungen keine Aufklärungspflichtverletzung.

- 41 c) Nicht zu beanstanden sind ferner die Entscheidung für die Durchführung der laparoskopischen Cholecystektomie und der nachfolgende intraoperative Wechsel von der laparoskopischen Methode zur Laparotomie. Die Laparoskopie weist nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen in seinen erstinstanzlichen Gutachten gegenüber der Laparotomie ein deutlich geringeres Letalitäts- und Morbiditätsrisiko auf und enthält in bezug auf Gallenwegsverletzungen kein höheres, sondern ein etwa gleich großes Risiko. Die frühere Omphalozelenoperation hat der Empfehlung und Durchführung einer laparoskopischen Cholecystektomie nicht entgegengestanden. Ordnungsgemäß war auch der Wechsel der Operationsmethode, nachdem sich Verwachsungen und Anomalien herausgestellt hatten, und zwar sowohl in bezug auf den Wechsel an sich als auch in bezug auf den zeitlichen Ablauf (vgl. auch Senat, OLG-NL 1998, S.32, 34).
- 42 d) Für sich allein genommen stellt auch die Durchtrennung des Ductus Choledochus (Hauptgallenganges) noch nicht stets und ohne weiteres einen haftungsbegründenden Behandlungsfehler dar. Nach den Ausführungen des Sachverständigen, denen der Senat folgt, handelte es sich hierbei – insbesondere unter Berücksichtigung der anatomischen Anomalien und erheblichen Verwachsungen im Bauchraum der Klägerin – um ein nicht sicher vermeidbares typisches Operationsrisiko (vgl. hierzu etwa auch Senat, OLG-NL 1998, S.32, 33 f.).
- 43 Jedenfalls hat die Klägerin insofern den ihr obliegenden Beweis für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers nicht erbracht.
- 44 e) Der Beklagten zu 2) ist – mit der Folge einer vollen gesamtschuldnerischen Haftung beider Beklagten – jedoch ein schwerer Behandlungsfehler unterlaufen, indem die Operation weitergeführt wurde, ohne daß zuvor nach Eröffnung des Bauchraumes und Entdeckung der Verwachsungen und anatomischen Anomalien der Versuch einer intraoperativen röntgendiagnostischen Abklärung der Gallenwege durch eine Cholangiographie unternommen worden war.

- 45 Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen war es hier geboten, eine intraoperative Cholangiographie vorzunehmen und auf diesem Wege zu versuchen, Aufschluß über Lage und Verlauf der Gallenwege zu gewinnen, als nach Eröffnung des Bauchraums zutage trat, daß sich in erheblichem Umfange Verwachsungen und anatomische Anomalien im Bauchraum der Klägerin befanden. Wegen dieser Verwachsungen und Anomalien bestand ein deutlich erhöhtes Risiko dafür, daß bei der operativen Entfernung der Gallenblase wichtige Organe und Gefäße nicht oder nicht sicher erkannt und infolgedessen verletzt werden würden. Daher hätte das Operationsteam unter der Leitung der Beklagten zu 1) über eine intraoperative Cholangiographie den Versuch unternehmen müssen, sich einen Überblick über die – dem Augenschein nach unklaren – anatomischen Verhältnisse zu verschaffen. Bei dieser röntgendiagnostischen Abklärung handelt es sich nach den Darlegungen des Sachverständigen, denen der Senat folgt, unter anatomischen Verhältnissen, wie sie hier vorlagen, um, wie es der Sachverständige in seiner Anhörung vor dem Senat ausgedrückt hat, "absoluten" medizinischen Standard. Es steht für den Sachverständigen, wie er vor dem Senat formuliert hat, "außer Frage", daß nach Lage der Dinge eine solche Untersuchung hätte vorgenommen werden müssen. Indem diese Untersuchung unterlassen wurde, sind die Operateure bei der Entfernung der Gallenblase gleichsam "sehenden Auges", eine sich aufdrängende Möglichkeit der Sichtbarmachung der Gefäßverläufe nicht nutzend, ein unnötiges, von vornherein vermeidbares Risiko einer erheblichen Schädigung der Klägerin eingegangen. Wird – wie hier – im Zuge einer Gallenblasenoperation bei einer offensichtlich unklaren anatomischen Situation eine intraoperative Cholangiographie verabsäumt, so liegt nach der aus den Ausführungen des Sachverständigen gewonnenen Auffassung des Senats ein schwerer Behandlungsfehler im Sinne eines eindeutigen Verstoßes gegen bewährte ärztliche Regeln vor, wie er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.
- 46 Hiervon ausgehend rechtfertigt sich im vorliegenden Fall zugunsten der Klägerin die Annahme, daß die Durchtrennung des Hauptgallenganges abgewendet worden wäre, wenn nach Eröffnung des Bauchraumes und vor Beginn der Exstirpation der Gallenblase eine intraoperative Cholangiographie vorgenommen worden wäre. Der Sachverständige hat überzeugend ausgeführt, daß die Durchtrennung des Hauptgallenganges hier erst im zweiten Operationsabschnitt, also bei der Entfernung der Gallenblase im Wege der Laparotomie, erfolgt sein muß. Hierfür spricht vor allem, daß der distale Gallengang mit einer Ligatur verschlossen worden ist, wohingegen bei der laparoskopischen Operation Clips verwendet worden wären. Auch hätte die Durchtrennung des Hauptgallenganges im Zusammenhang mit der Laparoskopie wegen der austretenden Gallenflüssigkeit bei Eröffnung des Bauchraumes von den Operateuren bemerkt werden müssen. Der Sachverständige hat hieraus zusammenfassend geschlossen, daß die Läsion des Hauptgallenganges eigentlich nur während der konventionellen Operation (Laparotomie) geschehen sein kann. Der Sachverständige hat zur Überzeugung des Senats ferner ausgeführt, daß die Durchtrennung des Hauptgallenganges mit großer Wahrscheinlichkeit abgewendet worden wäre, wenn die Operateure nach Eröffnung des Bauchraumes und Punktion der Gallenblase eine Cholangiographie vorgenommen hätten. Zwar können auch bei einer Cholangiographie Fehler unterlaufen, so daß der Verlauf der Gallenwege auch

hierbei nicht immer sicher festgestellt werden kann. Zudem kann auch bei sicherer Identifikation der Gallenwege nicht vollständig ausgeschlossen werden, daß es gleichwohl zu einer Läsion des Hauptgallenganges kommt. Bei einwandfrei durchgeführter Cholangiographie wäre jedoch, wie es der Sachverständige vor dem Senat ausgedrückt hat, "die Chance groß gewesen", den Verlauf des Hauptgallenganges zu identifizieren, und wäre seine Durchtrennung infolgedessen "mit großer Wahrscheinlichkeit" verhindert worden. Diese hohe Wahrscheinlichkeit der Abwendung der Gallengangsdurchtrennung genügt hier als Nachweis der Kausalität zwischen dem Behandlungsfehler einerseits und dem eingetretenen Körperschaden – der Durchtrennung des Hauptgallenganges – andererseits.

- 47 Die Darlegungs- und Beweislast für eine Pflichtverletzung des Arztes und deren Ursächlichkeit für den eingetretenen (Körper- bzw. Gesundheits-) Schaden trägt zwar grundsätzlich der Geschädigte bzw. der Anspruchsteller (s. etwa BGHZ Bd. 89, S. 263, 269; Bd. 99, S. 391, 398; BGH NJW 1987, S. 705 f.; NJW 1988, S. 2949; Palandt/Thomas, aaO., § 823 Rdn. 169; Palandt/Heinrichs, aaO., § 282 Rdn. 18; Münch.Komm.-Mertens, BGB, Bd. 5, 3. Aufl. 1997, § 823 Rdn. 406; Zöller/Greger, aaO., vor § 284 Rdn. 20 a). Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten gelten aber dann, wenn – wie hier – ein schwerer Behandlungsfehler (in dem dargelegten Sinne) vorliegt; ist der schwere Fehler als solcher geeignet, den eingetretenen Schaden zumindest mitursächlich herbeizuführen, so ist es Sache des Gegners (Arzt oder Krankenträger) zu beweisen, daß es an der Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Schaden fehlt (Beweislastumkehr; vgl. BGHZ Bd. 85, S. 212, 215 ff.; BGH NJW 1987, S. 705; NJW 1988, S. 2303, 2304; NJW 1988, S. 2948; NJW 1988, S. 2949, 2950 f.; NJW 1993, S. 2375, 2376 f.; NJW 1995, S. 1611, 1612 f.; NJW 1996, S. 1589, 1590 f.; NJW 1996, S. 2428; NJW 1997, S. 796, 797; NJW 1998, S. 814, 815; NJW 1998, S. 1780, 1781; NJW 1998, S. 1782, 1783; Palandt/Thomas, aaO., § 823 Rdn. 170; Münch.Komm.-Mertens, aaO., § 823 Rdn. 409).
- 48 Danach hätten die Beklagten hier beweisen müssen, daß es auch bei Durchführung der intraoperativen Cholangiographie zur Läsion des Hauptgallenganges gekommen wäre. Diesen Beweis haben die Beklagten indes nicht erbracht. Wie ausgeführt, besteht vielmehr – im Gegenteil – eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, daß der Körperschaden bei rechtzeitiger Vornahme der Cholangiographie hätte abgewendet werden können.
- 49 f) Gemäß §§ 249, 251, 252, 847 Abs. 1 BGB sind die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet, der Klägerin den materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, der ihr infolge der Durchtrennung des Hauptgallenganges entstanden ist.
- 50 aa) Für die bis zum 24. Juli 1998 (Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht) entstandenen immateriellen Nachteile steht der Klägerin ein Schmerzensgeldanspruch in in der vom Landgericht zugesprochenen Höhe von 30.000,- DM zu.

- 51 Die Bemessung des Schmerzensgeldes erfolgt gemäß § 287 ZPO nach billigem Ermessen des Gerichts anhand einer typisierenden Betrachtungsweise vergleichbarer Fälle unter Berücksichtigung der Genugtuungs- und Ausgleichsfunktion des Schmerzensgeldes, der Art und Dauer der eingetretenen Folgen, des Maßes des Verschuldens des Schädigers, eines etwaigen Mitverschuldens des Geschädigten und der wirtschaftlichen Verhältnisse der Beteiligten (s. dazu BGHZ (GrZS) Bd. 18, S. 149, 150 ff., 157 ff.; BGHZ Bd. 128, S. 117, 119, 120 f.; Palandt/Thomas, aaO., § 847 Rdn. 4 - 5, 8, 11; Münch.Komm.-Stein, BGB, Bd. 5, 3. Aufl. 1997, § 847 Rdn. 3 ff., 18 ff. m.w.Nw.). Unter Berücksichtigung der erheblichen – vom Sachverständigen als plausibel und kausal bestätigten – Folgen der Gallengangsdurchtrennung (Erwerbsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte im Juli/August 1994, November 1994 und Oktober/November 1995, Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Gewichtsabnahme, Ikterus, regelmäßiger Wechsel der Endoprothese, Entzündungen der Gallenwege, Hautjucken, Mattigkeit) erscheint ein Schmerzensgeld von 30.000,- DM, wie ihn das Landgericht zuerkannt hat, durchaus angemessen (vgl. Urteil des Landgerichts Bonn vom 4. Dezember 1995, bestätigt durch Entscheidung des OLG Köln vom 19. Juni 1996, abgedruckt unter Nr. 1524 bei Hacks/Ring/Böhm, Schmerzensgeldbeträge, 18. Aufl. 1997). Ein höherer Betrag kann der Klägerin im Berufungsverfahren im Hinblick auf § 536 ZPO nicht zugesprochen werden.
- 52 bb) Da der Eintritt materieller Schäden – insbesondere in Gestalt eines Verdienstauffalls – und weiterer immaterieller Schäden nach den Ausführungen des Sachverständigen hinreichend wahrscheinlich ist, ist auch der Feststellungsantrag (Antrag zu 2)) begründet; für die Begründetheit des Feststellungsantrags genügt eine "gewisse Wahrscheinlichkeit" des Schadenseintritts (s. BGH NJW 1991, S. 2707, 2708 m.w.Nw.; NJW 1992, S. 697, 698; Stein/Jonas, ZPO, 21. Aufl. 1997, § 256 Fn. 181).
- 53 3. Der Zinsanspruch rechtfertigt sich aus §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 1 BGB.
- 54 III. Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf § 97 Abs. 1, § 100 Abs. 4 ZPO sowie auf § 708 Nr. 10, § 711 Satz 1, § 713 und auf § 546 Abs. 2 Satz 1 ZPO. Für den Schmerzensgeldantrag hat der Senat einen Wert von 30.000,- DM und für den Feststellungsantrag einen Wert von 10.000,- DM zugrundegelegt (§§ 3, 5, 4 Abs. 1 ZPO).