



Landgericht Osnabrück
 Geschäfts-Nr.:
 2 O 2889/06

Ausfertigung

Verkündet am:
 17.09.2008

Justizangestellte
 als Urkundsbeamtin/beamter der
 Geschäftsstelle

I	II	III	IV	V	VI	VII	S&B	ZK
TOENNES · KLAGES · BRINKSCHRÖDER								
Eing:		24. Sep. 2008						
ZfA	AM	WV	2W	IM				

Urteil

Im Namen des Volkes!

In dem Rechtsstreit

des Herrn U. [REDACTED]

Klägers,

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Toennes & Partner, Schloßstraße 26,
 49074 Osnabrück,
 Gerichtsfach Nr. 2

gegen

- Herrn Dr. med. V. [REDACTED],
- Klinikum S. [REDACTED]

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte zu 1, 2: Rechtsanwälte [REDACTED]

hat die 2. Zivilkammer des Landgerichts Osnabrück auf die mündliche Verhandlung vom 27.08.2008 durch

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

für **R e c h t** erkannt:

- Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an den Kläger ein Schmerzensgeld in Höhe von 40.000,- € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.12.2006 zu zahlen.

- 2.) Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner dazu verpflichtet sind, dem Kläger sämtlichen materiellen und weiteren immateriellen Schaden aus dem operativen Eingriff vom 03.03.2006 zu ersetzen, materiellen Schaden nur, soweit Ersatzansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind.
- 3.) Die Beklagten tragen die Kosten des Rechtsstreits als Gesamtschuldner.
- 4.) Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages vorläufig vollstreckbar.

Tatbestand

Der Kläger nimmt die Beklagten auf Zahlung von Schmerzensgeld und Feststellung der Schadensersatzverpflichtung nach einer ärztlichen Behandlung in dem von der Beklagten zu 2. getragenen Franziskushospital Harderberg in Anspruch.

Der am 05.10.1957 geborene Kläger befand sich bereits in der Zeit vom 10.08.2004 bis zum 18.08.2004 in stationärer Behandlung im [REDACTED], eingewiesen wegen eines Ulcus ventriculi (Magengeschwür) bzw. Magenpolypen. Es schloss sich dort am 26.08.2004 eine laparoskopische Magenwandteilexzision mit Pyloroplastik an. Der postoperative Verlauf wird als unauffällig beschrieben. Am 10.01.2005 erfolgte eine ambulante Vorstellung in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie, Minimal invasives Operieren, im Hause der Beklagten zu 2. in [REDACTED]. Hier wurde eine Trokarhernie im linken Mittelbauch diagnostiziert. Am 24.01.2005 erfolgte die Operation. Es fand sich ein subkutanes Narbengranulom bei Zustand nach laparoskopischer Magenwandteilresektion. Die Behandlung bestand in einer Revision der Trokarstelle im Bereich des linken Oberbauches und Exzision des subkutanen Narbengranuloms. Am 09.02.2006 stellte sich der Kläger erneut im Hause der Beklagten zu 2) vor und gab an, seit ca. 2 Monaten verstärkt Sodbrennen, Magenschmerzen und einen aufgeblasenen Bauch zu haben. Röntgenologische und klinische Untersuchungen des Klägers, eine Koloskopie und eine Gastroskopie wurden veranlasst. Die Ergebnisse wurden am 17.02.2006 besprochen. Eine Manometrie wurde nach dem Eintrag in der Krankenakte "veranlasst", unstrittig aber nicht

durchgeführt. Im Ambulanzbrief vom 20. Februar 2006 an den Hausarzt Dr. [REDACTED] des Klägers heißt es: "Wegen der anhaltenden Refluxkrankheit haben wir eine weiterführende Diagnostik durchgeführt. Dabei bestätigte sich sowohl röntgenologisch wie auch gastrokopisch die relativ große Hiatushernie, so dass ich ihm die laparoskopische Fundoplicatio empfohlen habe." Wegen der Einzelheiten wird auf den Ambulanzbrief vom 20. Februar 2006 verwiesen.

Die stationäre Behandlung zur operativen Therapie der Refluxerkrankung erfolgte in der Zeit vom 02.03. bis 10.03.2006 in der vorgenannten Klinik der Beklagten zu 2., wobei die Zeugin Dr. [REDACTED] am 02.03.2006 das Aufnahmegespräch führte. In der Anamneseerhebung ist festgehalten, dass beim Kläger seit ca. 5 Jahren rezidiverendes Sodbrennen und Völlegefühl im Epigastrium bestehe. Er nehme seit 2 1/2 Jahren Nexium, wodurch die Symptomatik nicht zu beseitigen gewesen sei. Der Kläger unterzeichnete am 02.03.2006 eine Einwilligungserklärung. Der Eingriff wird wie folgt beschrieben: "Fundoplicatio nach Nissen mit hinterer Hiatoplastik. Eventuell mit Fundophrenicopexie angepasst mit Gallenblasenentfernung" (. Hiatoplastik: Rückverlagerung der Baueingeweide und Verschluss der Zwerchfellücke mit ventraler Gastro- bzw. Fundopexie). Als mögliche Komplikation der Operation am Ösophagus (Speiseröhre), Zwerchfell und Magen sind aufgeführt: Blutung, Nahtbruch, Entzündung, Thrombose bzw. Embolie, Rezidiv, Passagebehinderung, Pneumothorax, Verletzung von Nachbarorganen (z. B. Milz, Leber). Es wurde kein standardisierter Aufklärungsbogen verwendet. Die Verletzung des Nervus vagus ist in dem Aufklärungsbogen nicht ausdrücklich erwähnt. Wegen der Einzelheiten wird hierauf Bezug genommen (GA I Blatt 11).

Die Operation wurde am 03.03.2006 vom Beklagten zu 1. durchgeführt. Laparoskopisch wurden eine Fundoplicatio nach Nissen mit hinterer Hiatoplastik, eine laparoskopische Gallenblasenentfernung, eine Lymphknotenexstirpation und eine Nabelhernienoperation vorgenommen. Wegen der Einzelheiten wird auf den Operationsbericht vom 03.03.2006 verwiesen (GA I Blatt 13, 14). Es schloss sich eine Weiterbehandlung beim Hausarzt Dr. [REDACTED] an. Es stellten sich starke Blähungen und Durchfall ein. Am 03.04.2006 erfolgte die erneute Vorstellung im Hause der Beklagten zu 2. beim Chefarzt Dr. [REDACTED] (der Beklagte zu 1. war zu diesem Zeitpunkt bereits altersbedingt ausgeschieden) und anschließend vom 10.04.2006 bis 13.04.2006 die stationäre

Aufnahme. Am 13.04.2006 wurde eine Kontroll-Gastroskopie durch Herrn Dr. [REDACTED] ausgeführt. Die letzte Vorstellung erfolgte dort am 15.05.2006. In einem Arztbrief von Dr. [REDACTED] an Dr. [REDACTED] vom 15.05.2006, auf den wegen der Einzelheiten verwiesen wird (GA I Blatt 15), wurde eine postprandiale Diarrhoe, Tenesmen und Meteorismus diagnostiziert. Es wurde das Medikament Imodium rezeptiert. Für den Kläger schlossen sich bislang Nachbehandlungen in der Zeit vom 05.12.2006 bis 09.06.2006 im Lukaskrankenhaus in Bünde und im Zeitraum vom 24.09.2007 bis 28.09.2007 in der [REDACTED] Klinik in [REDACTED] an.

Der Kläger behauptet:

Bei der durch den Beklagten zu 1) am 03.03.2006 durchgeführten Operation sei entweder der Vagusnerv durchtrennt, jedenfalls aber irritiert worden. Diese Vagusdurchtrennung oder -irritation sei bei ihm Auslöser für explosionsartigen Stuhlgang, unter dem er seit der Operation nach wie vor leide. Dies sei verbunden mit krampfartigen Bauchschmerzen und nicht mehr kontrollierbaren Blähungen. Anders als mit einer Vagusdurchtrennung oder einer Vagusirritation sei sein Krankheitsbild medizinisch nicht zu erklären. Aus der Vagusdurchtrennung bzw. Irritation ergebe sich, dass die Operation durch den Beklagten zu 1. nicht sach- und fachgerecht durchgeführt worden sei. Zu einer sachgerechten Operation hätte überdies gehört, den Vagusnerv frei zu präparieren, um eine Beschädigung zu vermeiden. Dabei sei die Durchtrennung des Vagusnerven bzw. seine Irritation im Sinne einer Teildurchtrennung jedenfalls so zu bewerten, dass dies aus objektiver medizinischer Sicht schlechterdings nicht mehr nachvollziehbar sei. Die vom Beklagten zu 1. durchgeführte Operation sei überdies medizinisch nicht indiziert gewesen. Jedenfalls hätte vor dem Eingriff eine so genannte Speiseröhreninnendruckmessung erfolgen müssen, um eine klare Indikation zu bestimmen. Auch die Miteinbeziehung der Galle in die Operation sei nicht indiziert gewesen.

Der Kläger erhebt die Aufklärungsrüge. Er behauptet, er sei von der Zeugin Dr. [REDACTED] nicht auf ein Ausfallrisiko nach Nervenläsion hingewiesen worden. Die Ärztin sei nur am späten Nachmittag des 02.03.2006 erschienen, um den unterzeichnenden Fragebogen abzuholen, den er am Vortag vom Beklagten zu 1. erhalten habe. Am Abend des Tages vor der Operation sein dann auch der Beklagte zu 1. selbst erschienen. Im Hinausgehen habe der Kläger den Beklagten zu 1. noch gefragt, warum überhaupt die

Gallenblase entfernt würde; dies habe er noch nicht recht verstanden. Daraufhin habe sich der Beklagte zu 1. umgedreht und erklärt, der Kläger solle froh sein, dass er die Gallenblase loswerde. Sie mache dann in Zukunft keine Probleme mehr.

Infolge der am 03.03.2006 durchgeführten Operation und der dabei erlittenen irreparablen Nervverletzung sei ihm eine normale Lebensführung nicht mehr möglich. Mit einer Besserung der Beschwerden sei aus medizinischer Sicht nicht zu rechnen. Im Detail sehe es so aus, dass er immer 30 Minuten nach dem Essen unter starken Bauchschmerzen, kolikartig, leide. Dabei könnten Medikamente nicht helfen. Es trete dann explosionsartiger Durchfall verbunden mit Blähungen auf. Er leide unter einem so genannten Gas-Float-Syndrom mit erheblicher Störung der Magen-Darm-Funktion, bei der weitere Behandlungsmöglichkeiten nicht in Betracht kämen, selbst medizinische Rehabilitationsmaßnahmen seien nicht angezeigt.

Der Kläger beantragt,

1. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszins gemäß § 1 DÜG seit Rechtshängigkeit zu zahlen.
2. Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, den dem Kläger aus diesem Rechtsstreit zugrunde liegenden Vorfall entstehenden zukünftigen immateriellen und materiellen Schaden zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind.

Die Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

Aus den Krankenunterlagen ergebe sich, dass der Kläger schon vor dem Eingriff vom 03.03.2006 an dem von ihm beklagten Beschwerdebild (Blähungen) gelitten habe. Während eines Stationäraufenthaltes im Januar 2005 im Hause der Beklagten zu 2. habe der Kläger an rezidivierenden Diarrhöen gelitten. Diese seien derart intensiv gewesen, dass eine internistische Mitbetreuung erforderlich geworden sei. Die Passagestörungen (Völlegefühl im Oberbauch) seien schon seit 5 Jahren vorhanden gewesen, was die Anamnese vom 02.03.2006 belege.

Selbst wenn das Beschwerdebild des Klägers erst durch den operativen Eingriff vom 03.03.2006 entstanden sei, so handele es sich dabei um eine nicht immer vermeidbare Folge des Eingriffs. Die laparoskopische Fundoplicatio führe in Einzelfällen

schicksalhaft zu verstärktem Durchfall und Gas-Bloat, ohne dass dem ein Behandlungsfehler zugrunde läge. Jedenfalls sei es bei dem operativen Eingriff vom 03.03.2006 nicht zu einer Vagusläsion oder Vagusirritation gekommen. Aus den Krankenunterlagen ergäbe sich eindeutig, dass der operative Eingriff indiziert gewesen sei. Die am 09.02.2006 vorgenommene röntgenologische und klinische Untersuchung bestätigten eindeutig das Vorliegen eines Zwerchfellbruches und zwar einer relativ großen Hiatusgleithernie, welche in Kopftieflage in das Mediastinum verlagert wurde. Bei der Durchführung der Röntgenaufnahmen sei deutlich Kontrastmittel in die Speiseröhre zurückgeflossen. Vorsorglich sei vor dem operativen Eingriff auch eine Koloskopie und auch eine Gastroskopie durchgeführt worden. Beide Untersuchungen hätten jedoch die Beschwerden des Klägers nicht erklären können. Vor Durchführung der Operation habe es einer Speiseröhreninnendruckmessung (Manometrie) nicht bedurft. Denn die klinischen und röntgenologischen Befunde seien eindeutig gewesen. Die Entfernung der Gallenblase sei indiziert gewesen, weil der Kläger an Gallensteinen gelitten habe.

Es sei auch nicht notwendig gewesen, vom laparoskopischen Eingriff auf eine Laparotomie umzusteigen. Denn im Bereich der körperfernen Speiseröhre und des Mageneingangs hätten keine Verwachsungen, keine heftigen Blutungen und auch kein unübersichtliches Operationsfeld vorgelegen.

Im Zusammenhang mit der Gallenblasenentfernung könne es nicht zu einer Verletzung des Vagusnerven gekommen sein, weil dieser nicht in dem Bereich verlaufe, welcher bei der Gallenblasenentfernung tangiert werde. Wäre es zu einer Verletzung – welche Art auch immer – des Vagusnerven gekommen, hätte dies intraoperativ im Übrigen nicht verborgen bleiben können.

Abgesehen von den Aufklärungsgesprächen, die zwischen dem Kläger und dem Beklagten zu 1. stattgefunden hätten, habe Frau Dr. [REDACTED] mit dem Kläger am 02.03.2006 ein ausführliches Aufklärungsgespräch geführt, bei dem das Für und Wider der Operation auch im Verhältnis zur konservativen Therapie besprochen worden sei. Dabei habe sich die Aufklärung auch auf die Risiken der Operation – und dies nicht nur partiell –, u. a. auf das Risiko der Verletzung von Nachbarorganen und Nerven bezogen.

Der Beklagte erhebt den Einwand der hypothetischen Aufklärung.

Die Kammer hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluss vom 09.03.2007 (GA I Blatt 70-73) durch Einholung eines medizinischen Gutachtens und Vernehmung der Zeugin Frau Dr. med. [REDACTED]. Der Kläger und der Beklagte zu 1. sind gemäß § 141 ZPO angehört worden. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. [REDACTED] vom 03.03.2008 (GA I Blatt 115-142) und hinsichtlich der Erläuterung des Gutachtens und des Ergebnisses der weiteren Beweisaufnahme auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 27.08.2008 (GA II Bl. 1-8) verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet. Dem Kläger steht ein Anspruch auf Ersatz des ihm infolge der Operation am 03.03.2006 im Hause der Beklagten zu 2. entstandenen materiellen und immateriellen Schäden zu, §§ 823, 253 Abs. 2 BGB bzw. §§ 611, 278, 280, 253 II BGB.

Die Beklagten haften auf Grund eines Aufklärungsfehlers. Der von dem Beklagten zu 1. vorgenommene Eingriff war mangels wirksamer Aufklärung des Klägers rechtswidrig und ist für seinen gesundheitlichen Schaden auch ursächlich geworden. Der Kläger kann deshalb ein Schmerzensgeld in Höhe von 40.000,-- € beanspruchen; die Verpflichtung der Beklagten zur Erstattung zukünftiger Schäden ist festzustellen. Eine weitergehende Haftung wegen eines Behandlungsfehlers scheidet dagegen aus. Den Beklagten ist insoweit ein haftungsbegründendes ärztliches Fehlverhalten nicht vorzuwerfen.

Im Einzelnen:

Eine fehlerhafte Behandlung im Sinne der Unterschreitung des geschuldeten guten fachärztlichen Behandlungsstandards ist nicht schadensursächlich geworden.

Der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] hat einen Behandlungsfehler verneint. Er hat das wie folgt begründet:

Die operative Vorgehensweise sei indiziert gewesen. Die vor der Operation durchgeführte Röntgenuntersuchung habe beim Kläger eine große axiale Hiatushernie gezeigt. Darüber hinaus habe die Röntgenuntersuchung in Kopftieflage ergeben, dass das Kontrastmittel in die Speiseröhre hochgeflossen sei. Auf weitergehende Untersuchungen (Manometrie) habe verzichtet werden können. Der Kläger habe bereits vor der Operation über 2 Jahre an den Folgen der Refluxerkrankung gelitten. Eine medikamentöse Behandlung sei ohne Erfolg versucht worden. Die zeitnah zur Operation durchgeführte Breischluckuntersuchung habe belegt, dass eine eindeutige Refluxproblematik vorgelegen habe. Bei dieser Ausgangslage sei ein operatives Vorgehen angezeigt gewesen.

Der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] hat in seinem schriftlichen Gutachten im Einzelnen dargelegt und in seiner mündlichen Anhörung nochmals erläutert, dass trotz eines Voreingriffs am Magen eine laparoskopische Vorgehensweise korrekt gewählt worden sei. Zwar könne ein Voreingriff zu starken Verwachsungen im Operationsbereich führen, so dass eine laparoskopisch begonnene Operation abgebrochen und ggf. zu einer offenen Vorgehensweise gewechselt werden müsse. Dem Operationsbericht sei im vorliegenden Fall jedoch zu entnehmen, dass insgesamt nur spärliche Verwachsungen, im Oberbauchbereich keine Verwachsungen festgestellt worden seien. Deshalb habe es keine Veranlassung gegeben, auf eine offene Vorgehensweise zu wechseln. Soweit sich der Kläger in diesem Zusammenhang auf anders lautende Informationen von Ärzten des Allgemeinen Krankenhauses [REDACTED] beziehe, so konnte der Sachverständige diese (nicht näher belegten angeblichen Äußerungen) überzeugend unter Hinweis auf die Ärztekongresse in [REDACTED] widerlegen. Ein dort operierender Mediziner, der über eine Erfahrung von Tausenden von Operationen nach entsprechend vorangegangenen Operationen verfüge, operiere auf dem Kongress immer videodokumentiert laparoskopisch.

Auch die Indikation zur laparoskopischen Gallenblasenentfernung sei zutreffend gestellt worden. Dies folge aus den vom Kläger beklagten Oberbauchschmerzen und daraus, dass die vor der Operation durchgeführte Ultraschalluntersuchung des Bauches ein Vorhandensein von Gallensteinen gezeigt habe. Die Gallenblase sei deshalb im Rahmen der Operation mit zu entfernen. Die histologische Untersuchung der Gallenblase habe im Übrigen gezeigt, dass eine chronische Entzündung der

Gallenblase vorgelegen habe, was nachträglich die Richtigkeit der Indikation zur laparoskopischen Gallenblasenentfernung bestätigt habe.

Der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] hat weiter ausgeführt, dass sich aus dem vorliegenden Operationsbericht und den Behandlungsunterlagen keine Ansatzpunkte dafür ergäben, dass die beim Kläger durchgeführte laparoskopische Fundoplicatio nicht sach- und fachgerecht durchgeführt worden sei. Sowohl die verwendeten Instrumente als auch das technische Vorgehen habe dem Standard entsprochen. Der Nervus vagus sei standardmäßig nicht frei präpariert worden, weil die Vagusnerven sehr eng an der Muskulatur der Speiseröhre anlagen und bei einer Freilegung eher eine Verletzung der Speiseröhre drohe.

Der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] kommt letztlich zu dem Ergebnis, dass es bei dem Kläger zwar zu einer Verletzung des Nervus vagus mit dem klinischen Bild von therapeutisch nicht zu beeinflussenden Durchfällen, krampfartigen Bauchbeschwerden und Blähungen gekommen sei. Diese beim Kläger festgestellten Folgen entsprächen den in der Literatur beschriebenen Fällen von Verletzungen des Nervus vagus bei laparoskopischer Fundoplicatio. Das Charakteristikum seien die heftigen Durchfälle, die praktisch nicht auf eine Therapie ansprechen. Die vom Kläger beklagte klinische Symptomatik, die von den nachbehandelnden Ärzten bestätigt worden sei (Nachbehandlungen in [REDACTED] und [REDACTED], spreche dafür, dass sie auf eine Verletzung des Nervus vagus im Rahmen der laparoskopischen Fundoplicatio zurückzuführen sei, da jedwede andere Ursache auszuschließen sei. Dies gelte auch, soweit der stationäre Aufenthalt des Klägers vom 10.08. - 18.08.2004 im Hause der Beklagten zu 2. betroffen sei. Es habe sich seinerzeit das Bild einer leichtgradigen pankreatischen Reizung gezeigt. Es habe sich um eine vorübergehende akute Problematik nach einem Grillfest gehandelt, aber nicht um ein dauerhaftes Symptom. Das Auftreten der beim Kläger festgestellten Komplikationen sei somit als Ausdruck der in der Literatur beschriebenen Komplikationen einer Fundoplicatio als schicksalhaft zu werten.

Die Kammer folgt nach eigener Prüfung hierzu den von großer Sorgfalt und Erfahrung getragenen gut nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. [REDACTED] der durch seine langjährige berufliche Tätigkeit im Bereich der Viszeralchirurgie und seine Stellung als Direktor des [REDACTED] als

besonders sachkundig für die Beantwortung der hier aufgeworfenen medizinischen Fragen ausgewiesen ist .

Unabhängig davon, dass ein schadensursächlicher Behandlungsfehler nicht festgestellt werden kann, besteht eine Schadensersatzpflicht der Beklagten jedoch unter dem Gesichtspunkt mangelhafter Aufklärung. Der Sachverständige Prof. Dr. [REDACTED] hat in seinem schriftlichen Gutachten (GA I Bl. 129) ausgeführt, dass die Verletzung oder Durchtrennung des Nervus vagus bei der laparoskopischen Antirefluxoperation in der Literatur zwar sehr selten beobachtet, jedoch in zahlreichen Publikationen beschrieben worden sei. Der Sachverständige verweist dabei auf Publikationen aus den Jahren 1997, 2002, 2003 und 2004. Ausgehend von diesem Kenntnisstand teilt die Kammer die Einschätzung des Sachverständigen, dass die vom Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. empfohlene Aufklärung wie folgt hätte lauten müssen:

"Eine Beeinträchtigung des Eingeweidenerivs (Nervus vagus) kann zu Störungen der Magenentleerung mit schmerzhaftem Völlegefühl im Oberbauch führen und es kann zu einer Bewegungsstörung an Magen, Darm und Gallenwegen kommen, deren Folge z.B. Durchfall sein kann."

Die Beklagten haben nicht den Beweis geführt, dass eine entsprechende Aufklärung erfolgt ist. In der schriftlichen Einwilligungserklärung vom 02.03.2006, die vom Kläger und der Zeugin Dr. [REDACTED] unterzeichnet worden ist (GA Bd. I Bl. 11), findet sich kein Hinweis auf eine Aufklärung über eine Verletzung des Nervus vagus bzw. der sich daran anknüpfenden Folgen (Blähungen, Durchfall). Frau Dr. [REDACTED] konnte als Zeugin nicht sagen, ob im Rahmen der Aufklärung darüber gesprochen worden sei, dass infolge der Refluxoperation die Komplikation der Störung des Magen-Darm-Traktes angesprochen worden ist. Auch auf mehrmaliges Nachfragen konnte sie diese Frage nicht bejahen.

Die Anhörung des Klägers und des Beklagten zu 1. führte zu keiner eindeutigen Klärung dieser Frage. Der Kläger hat bekundet, von der Zeugin Dr. [REDACTED] seien über die schriftliche Aufklärung hinaus weitergehende Punkte nicht angesprochen worden. Er sei nicht über die bei ihm eingetretenen Komplikationen (Störung des Magen-Darm-Traktes) aufgeklärt worden. Auch im Rahmen des Vorgesprächs mit dem Beklagten zu 1. (17.02.2006) seien diese Komplikationen nicht angesprochen worden. Ihm sei vom

Beklagten zu 1. der Eindruck vermittelt worden, es handele sich um eine Standardoperation, bei der nichts schief gehen könne. Es sei der Begriff des "Goldstandards" verwendet worden.

Der Beklagte zu 1) hat hierzu im Widerspruch ausgeführt, dass er die beim Kläger durchgeführte Operation im Jahr über 180 mal durchgeführt habe. Die Belehrung habe sich in den letzten Jahren vor der hier streitgegenständlichen Operation immer auch über die Irritation des Vagusnerves mit den Folgen Blähungen und Durchfall verhalten. Die Äußerungen des Klägers und des Beklagten zu 1. widersprechen sich insoweit. Allein die Bekundungen des Beklagten zu 1. reichen vorliegend nicht aus, den Nachweis der gebotene (siehe oben) Aufklärung zu führen. Die verbleibenden Zweifel der Kammer sind darauf zurückzuführen, dass eine Aufklärung in den Behandlungsunterlagen nicht dokumentiert worden ist. Der Eintrag vom 17.02.2006 lautet ausschließlich: "Befund besprochen, Manometrie veranlasst." Ein Hinweis auf eine Aufklärung findet sich nicht.

Gegen eine Aufklärung spricht auch der Umstand, dass unstreitig eine weitergehende Aufklärung durch Frau Dr. [REDACTED] erfolgen sollte. Es erschließt sich nicht ohne Weiteres, weshalb der Beklagte zu 1. der Zeugin Dr. [REDACTED] überlassen hat, eine schriftliche Aufklärung zu fertigen, wenn insoweit bereits eine umfassende Aufklärung durch ihn, den Beklagten zu 1., erfolgt war.

Einen weiteren Widerspruch sieht die Kammer in den Bekundungen des Beklagten zu 1. und der Aussage der Zeugin Dr. [REDACTED] darin, dass für die Zeugin Dr. [REDACTED] die Notwendigkeit bestand, dem Kläger im Einzelnen die Operation nochmals zu erklären. Hierüber verhält sich auch die von ihr angefertigte Skizze, die auf der Rückseite des Einwilligungsbogens angefertigt worden ist. Wenn der Kläger bereits vom Beklagten zu 1. umfassend über die Operation und die damit verbundenen Komplikationen informiert worden wäre, hätte es jedenfalls nicht einer näheren Erläuterung der Operation mit Hilfe einer Skizze bedurft.

Der fehlende Nachweis einer Aufklärung über die mit der laparoskopischen Fundoplicatio zusammenhängenden Komplikationen geht zu Lasten der Beklagten. In Ermangelung der erforderlichen Risikoaufklärung fehlt der Einwilligung des Klägers in die operative Behandlung die erforderliche Grundlage, so dass der Eingriff des Beklagten zu 1. rechtswidrig war.

Die Ursächlichkeit der laparoskopischen Fundoplicatio für die vom Kläger beklagten Beschwerden ist bereits oben festgestellt worden. Hierauf wird Bezug genommen.

Die Beklagten erheben ohne Erfolg den Einwand der hypothetischen Einwilligung. Der Kläger hat plausibel dargelegt und die Kammer davon überzeugt, dass er sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem echten Entscheidungskonflikt befunden hätte. Der Kläger hat plausibel dargestellt, dass er sich die Sache bei ordnungsgemäßer Aufklärung noch einmal überlegt hätte. Zwar überzeugt die Kammer insoweit nicht der Hinweis des Klägers auf seine berufliche Situation. Denn der Kläger hat im Rahmen seiner Anhörung am 27.08.2008 erklärt, er sei seinerzeit gerade im Begriff gewesen, sich selbständig zu machen, so dass es für ihn günstig gewesen sei, diese Operation durchzuziehen; ihm sei es also nicht darum gegangen, gerade durch den Beklagten zu 1. operiert zu werden. Hier sieht die Kammer einen Widerspruch zu den Ausführungen in der Klageschrift, in der der Kläger noch einen Zusammenhang zwischen seiner Erkrankung und dem Verlust des Arbeitsplatzes herstellt (Klageschrift Seite 9 unten). Wesentlich für den Entscheidungskonflikt war jedoch, dass es sich vorliegend um keine lebensnotwendige Operation handelte. Die Folgen der Refluxerkrankung waren beim Kläger sicherlich lästig (über 2 Jahre Sodbrennen), aber (trotz eines befürchteten erhöhten Risikos hinsichtlich einer Erkrankung an Speiseröhrenkrebs) noch medikamentös zu beherrschen. Denn, auch wenn die medikamentöse Behandlung zu keiner durchgreifenden Besserung geführt hat, so dass grundsätzlich die Indikation für eine Operation bestand (s. o.), war es dem Kläger bis zum Operationszeitpunkt möglich, seinen Pflichten im Alltag nachzugehen, beispielsweise seinen Beruf auszuüben. Weiter ist zu bedenken, dass der Kläger im Zusammenhang mit der Anordnung einer Manometrie nachvollziehbar verunsichert worden ist. Diese Manometrie wurde zunächst vom Beklagten zu 1. am 17.02.2006 verordnet. Ein erster Versuch zur Durchführung scheiterte an dem Umstand, dass das Gerät nicht vorhanden war. Ein zweiter Versuch wurde dann am Vortag der Operation vormittags in [REDACTED] unternommen. Die Manometrie konnte an diesem Tag nicht durchgeführt werden, weil in [REDACTED] niemand vorhanden war, der das Gerät bedienen konnte. Es ist nachvollziehbar, dass der Kläger in dieser Situation, in der zunächst eine Untersuchung für erforderlich, dann später wegen Nichtdurchführbarkeit der Untersuchung für entbehrlich gehalten wird (was im Ergebnis richtig ist), stark verunsichert war. Wenn nun weitergehende Komplikation der anstehenden Operation zur Sprache gekommen wären, ist es plausibel, dass ein Patient in der Lage des

Klägers dann zunächst von der Operation Abstand genommen hätte, um die Vor- und Nachteile der Operation in Ruhe zu überdenken. Die Gefahr, dann nicht mehr durch den erfahrenen Beklagten zu 1. (er stand unmittelbar vor dem Eintritt in den Ruhestand) operiert werden zu können, tritt in einer solchen Situation erkennbar in den Hintergrund (es handelte sich um eine Standardoperation, die auch andere Ärzte durchführen können).

Aufgrund der erlittenen Verletzungen ist dem Kläger ein Schmerzensgeld in Höhe von 40.000,-- € zuzusprechen. Die Kammer hat dabei berücksichtigt, dass die beim Kläger behandlungsbedingt eingetretenen Störung der Magen-Darm-Funktionen verbunden mit einem Gas-Float-Syndrom bereits an sich schmerzhaft ist und das körperliche Wohlbefinden entscheidend beeinträchtigt. Der Kläger hat sich seither nicht nur in der Behandlung seines Hausarztes, sondern auch mehrfach in stationäre Behandlung begeben müssen, so in der Zeit vom 10.04.2006 bis 13.04.2006 im Hause der Beklagten zu 2., in der Zeit vom 05.12.2006 bis 09.12.2006 in das [REDACTED] in [REDACTED] und in der Zeit vom 24.09.2007 bis 28.09.2007 in der [REDACTED] in [REDACTED]. Eine entscheidende Besserung seiner Beschwerden hat sich nicht eingestellt. Der Kläger machte während der gesamten mündlichen Verhandlung vom 27.08.2008 einen körperlich angespannten Eindruck; er saß immer leicht nach vorn gebeugt, erkennbar bemüht, seine Magen-Darm-Funktion zu beherrschen. Der Kläger hat von daher überzeugend dargestellt, dass eine permanente Beeinträchtigung seiner Lebensführung vorliegt, insbesondere auch im gesellschaftlichen Bereich. Der Kläger kann nicht unbefangen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, ist beispielsweise auch bei der Planung von Reisen und Urlauben eingeschränkt. Dies führt auch zu einer starken und andauernden psychischen Belastung.

Die Verzugszinsen sind gemäß §§ 288, 291 BGB (die Zustellung der Klageschrift an die Beklagte zu 2) ist am 06.12.2006 erfolgt) zuzuerkennen.

Dem Feststellungsantrag des Klägers war ebenfalls zu entsprechen. Aufgrund der Schädigung bzw. Irritation des Nervus vagus ist weiterer Behandlungsbedarf absehbar.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass insoweit weitere Belastungen auf den Kläger zukommen, die im Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung noch nicht bei der Bemessung des Schmerzensgeldes Berücksichtigung finden konnten (Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung).

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus den §§ 91, 709 ZPO. Ein Teilunterliegen liegt nicht vor, da das vorgestellte Schmerzensgeld nicht über 20 % hinaus unterschritten worden ist (Zöller-Herget, ZPO, 26. Auflage, § 92 Rn. 12).

Ausgefertigt
Osnabrück, 23.09.2008

 , Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle des Landgerichts

