

Keine wirksame Einwilligung in Operation bei falscher Information zu Routine des Operateurs; grober Behandlungsfehler bei Hüftgelenksimplantation trotz Luxationstendenz

#### Tenor

Auf die Berufung des Klägers wird das am 22. Februar 2017 verkündete Urteil des Landgerichts Halle teilweise abgeändert:

Die Klage auf Ersatz des durch die Operation vom 14. Januar 2004 verursachten Schadens ist dem Grund nach gerechtfertigt.

Die Beklagten sind verpflichtet, dem Kläger alle durch die rechtswidrige und wegen Implantation einer nicht ausreichend stabilen rechten Hüftgelenksendoprothese fehlerhafte Operation vom 14. Januar 2004 verursachten Schäden als Gesamtschuldner zu ersetzen.

Soweit der Kläger die Verpflichtung der Beklagten zur jährlichen bzw. regelmäßigen Anpassung der begehrten Schmerzensgeld-, Verdienstausschlag- und Haushaltsführungsschadensrenten an die Inflation beantragt, wird die Berufung zurückgewiesen.

#### Gründe

##### I.

- 1 Der Kläger macht gegen die Beklagten Schadensersatzansprüche wegen vermeintlich rechtswidriger und fehlerhafter Behandlungen geltend.

- 2 Er litt seit ca. Juli 2003 in wechselnder Ausprägung an Hüftgelenksbeschwerden. Die Diagnose lautete auf beidseitige Hüftkopfnekrosen, die mit Hüftgelenksendoprothesen operativ versorgt werden mussten.
  
- 3 Mit dieser Diagnose stellte sich der Kläger nach Konsultation anderer Ärzte am 2.12.2003 bei der Beklagten zu 1) vor. Es kam an diesem Tag zwischen dem Kläger ( in Anwesenheit seiner Ehefrau der Zeugin S. D. ) und den Beklagten zu 2) und 3) zu einem Gespräch, in dessen Ergebnis sich der privat krankenversicherte Kläger dafür entschied, die notwendigen Operationen im Hause der Beklagten zu 1) durch die Beklagten zu 2) und 3) durchführen zu lassen und mit dem 6,5-fachen Gebührensatz zu vergüten.
  
- 4 Die linke Hüfte wurde bei einem Eingriff vom 10.12.2003 erfolgreich prothetisch versorgt. Streitgegenständlich sind die Operation an der rechten Hüfte vom 14.1.2004 sowie die sich daran anschließende Revisionsoperation vom 5.2.2004.
  
- 5 Der Kläger wurde am 13.1.2004 wieder bei der Beklagten zu 1) aufgenommen. Es erfolgte ein Aufklärungsgespräch, an dessen Ende der Kläger einen Aufklärungsbogen unterzeichnete. Am 14.1.2004 wurde beim Kläger eine zementfreie Hüftgelenksendoprothese eingesetzt. Der Beklagte zu 2) war der Operateur, der Beklagte zu 3) fungierte als 1. Assistent. Wegen des Operationsverlaufs wird auf den Operationsbericht vom 14.1.2004 (Anlagen K3 und B9) Bezug genommen. Noch während des stationären Aufenthalts bei der Beklagten zu 1) kam es am 20.1.2004 auf einer Treppe zur ersten Luxation der rechten Hüfte, die nach einer Röntgenaufnahme in zwei Ebenen geschlossen reponiert wurde. Die weitere Mobilisation des Klägers erfolgte unter Verwendung einer Antiluxationsorthese. Der Kläger wurde aus der stationären Behandlung bei der Beklagten zu 1) entlassen.
  
- 6 Am 29.1.2004 luxierte das Gelenk beim Versuch in einen Hausschuh hinein oder aus ihm heraus "zu schlüpfen" erneut. Der Kläger wurde in das Klinikum O. eingewiesen, wo die Hüfte ohne Schmerzmittel erneut reponiert wurde. Der Kläger erhielt eine Antiluxationsorthese. Im Klinikum O. wurde mit dem dortigen Chefarzt am 2.2.2004 das mögliche weitere Vorgehen erörtert. Der Chefarzt riet zu einem abwartenden Herangehen und zum Tragen der Antiluxationsorthese für ca. ein ½ Jahr, um der Muskulatur

Gelegenheit zur Regeneration zu geben. Die "Letztentscheidung" liege jedoch beim Operateur des Eingriffs vom 14.1.2004, also dem Beklagten zu 2).

- 7 Der Kläger stellte sich am 3.2.2004 erneut bei der Beklagten zu 1) vor, wobei der Beklagte zu 2) - abweichend von der Ansicht des Chefarztes in O. - zu einer zeitnahen Revisionsoperation riet, da das Tragen einer Antiluxationsorthese nicht erfolgversprechend sei. Nach Konsultation eines im Hause der Beklagten zu 1) ansässigen Psychologen entschied sich der Kläger für die Revision. Die Wiederaufnahme des Klägers wurde für den Folgetag, also den 4.2.2004 vorgesehen. Der Kläger unterzeichnete nach Aufklärung und Demonstration des Eingriffs auch anhand einer Skizze einen Aufklärungsbogen (Anlagen K1a, B12), in dem an zwei Stellen neben Pfannen- und Kopfwechsel handschriftlich das "Vorgehen nach Befund" erwähnt war.
- 8 Bei dem Eingriff vom 5.2.2004 wurde neben Pfanne und Kopf auch der Prothesenschaft gewechselt. Wegen der Einzelheiten des Eingriffs wird auf den Operationsbericht (Anlage B13) Bezug genommen.
- 9 In der Folgezeit klagte der Kläger über einen eingeschränkten Bewegungsumfang. Gefertigte Röntgenbilder waren ohne erkennbaren Befund. Neurologisch wurde im April 2004 eine Läsion des Nervus Ischiadikus rechts beschrieben bei Angabe von Schmerzen im rechten Gesäß und im rechten Oberschenkel. Neurologisch ergaben sich eine Parese des M. quadriceps sowie eine Gefühlsminderung in dem Hautareal, das von der Nervenwurzel L 5 versorgt wird. Elektrophysiologische Untersuchungen zeigten eine ältere neurogene Läsion der Hüftbeugemuskulatur sowie abgemindert des M. tibialis anterior, später wurde auch das sog. "Trendelenburg-Zeichen" beschrieben.
- 10 Ein in erster Instanz eingeholtes neurologisches Gutachten der Fachärztin für Neurologie Dr. W. gelangte zu folgendem Ergebnis:
- 11 - schwere Verletzung des Nervus gluteus superior mit Lähmung und Atrophie der Musculi

glutei medicus und minimus rechts,

- 12 - Verletzung des Nervus gluteus inferior mit Lähmung des großen Gesäßmuskels,
- 13 - Verletzung des N. iliohypogastricus mit partieller Lähmung der Hüftbeugung,
- 14 - chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom.
- 15 Die Sachverständige geht dabei davon aus, dass der unmittelbar nach der Revisionsoperation aufgetretenen neuropathische Schmerz im Gesäß mit der gleichzeitig auffallenden funktionellen Behinderung ( Trelendenburg-Hinken; Unfähigkeit im "Wechselschritt" zu laufen ) belege, dass es sich um eine operationsbedingte Nervenschädigung handele, mit Überlagerung durch das Weichteiltrauma.
- 16 Der Kläger hat behauptet, infolge der Operationen rechts sei es zu dauerhaften Beschwerden gekommen. Am 2.12.2003 sei er von den Beklagten zu 2) und 3) über deren Qualifikation, Erfahrung und Routine in Bezug auf Hüftgelenksendoprothesenoperationen getäuscht worden. In Kenntnis der tatsächlich nicht vorhandenen Erfahrung hätte er sich nicht von den Beklagten zu 2) und 3) operieren lassen.
- 17 Am 14.1.2004 sei die Prothese zu steil eingebaut worden, was die stattgehabten Luxationen und generell eine Luxationsneigung zur Folge gehabt habe. Der zu steile Einbau der Prothese habe die Notwendigkeit der Revisionsoperation vom 5.2.2004 nach sich gezogen, in deren Durchführung es zu massiven und dauerhaften Nervenverletzungen gekommen sei. Außerdem sei im Rahmen des Eingriffs vom 5.2.2004 der Schaft gewechselt worden, obgleich dem Kläger wegen seiner Bedenken zuvor ausdrücklich zugesichert worden sei, es bei dem Kopf und der Pfanne bewenden zu lassen. Außerdem sei die Operation nicht, wie ihm vermittelt worden sei, dringend gewesen. Man habe

abwarten können. Darüber hätten ihn die Beklagten nicht aufgeklärt. In Kenntnis vom möglichen Schaftwechsel und der abwartenden Alternative hätte er die Einwilligung in den Eingriff verweigert.

- 18 Wäre nach der Revision der Eintritt der Nervenschädigung ordnungsgemäß sofort erkannt und behandelt worden, hätte immer noch eine Chance bestanden, die jetzt eingetretenen Folgen rückgängig zu machen.
- 19 Infolge der rechtswidrigen und fehlerhaften Operationen sei der Kläger erwerbsgemindert und schwerbehindert. Er könne seinen bisherigen Beruf als Bauleiter nicht mehr ausüben. Selbst Bürotätigkeit - soweit mit längerem Sitzen verbunden - sei dem Kläger nicht mehr möglich. Der Kläger könne nur noch kurze Wegstrecken zurücklegen. Er habe Schwierigkeiten beim Treppensteigen und sei auf Hilfe bei den täglichen Verrichtungen angewiesen. Die Beweglichkeit der rechten Hüfte und allgemein des rechten Beins sei eingeschränkt. Der Kläger leide unter Schmerzen im Bereich der Hüfte und des Sitzbeins. Es bestehe ein Taubheitsgefühl im Fuß. Als Folge der Operationen habe sich sogar eine Fehlstellung des Kniegelenks ergeben. Bei regelgerechter Durchführung der Operation vom 14.1.2004 wäre er ab April 2004 wieder arbeitsfähig gewesen. Da dies nicht der Fall gewesen sei, sei es bei ihm u.a. auch zu einem ganz beträchtlichen Erwerbsausfallschaden gekommen.
- 20 Die Beklagten haben sowohl Aufklärungsmängel als auch Behandlungsfehler in Abrede gestellt und den behaupteten Schaden bestritten.
- 21 Das Landgericht hat zunächst mehrere Gutachten eingeholt:
- 22 1. Dr. P. - FA f. Orthopädie und Unfallchirurgie - ( schriftliches Gutachten vom 19.2.2010 [ "Gutachtenband" ]; mündliche Erläuterung wie Protokoll vom 12.11.2010 [ Bl. 187ff. III ] );

- 23 2. Dr. W. - Ärztin für Neurologie - ( schriftliches Gutachten vom 8.3.2010 [ "Gutachtenband" ] );
- 24 3. Dr. Sch. - FÄ f. Orthopädie und Unfallchirurgie - (schriftliches Gutachten vom 1.3.2013 [ Gutachtenband" ] ); mit schriftlicher Ergänzung vom 24.1.2015 [ Bl. 128ff. V ] ); sowie Anhörungen wie Protokolle vom 27.11.2013 [ Bl. 102ff. V ] und 17.9.2014 [ Bl. 151ff. VI ] ); ein gegen diese SV gerichteter Befangenheitsantrag der Beklagten wurde zurückgewiesen [ "Befangenheitsheft" ] ).
- 25 Anschließend hat das Landgericht ein Teilurteil erlassen, mit dem es ausschließlich über den streitgegenständlichen Schmerzensgeldanspruch zugunsten des Klägers entschieden hat ( Bl. 164ff. VI ). Gegen dieses Urteil legten beide Parteien Berufung ein. Der Senat hat das Teilurteil aufgehoben ( 1 U 1/15 ) und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landgericht zurückverwiesen ( Bl. 181ff. VIII ).
- 26 Die Einzelrichterin hat daraufhin mit Urteil vom 22.2.2017, auf das wegen der dort getroffenen tatsächlichen Feststellungen ergänzend Bezug genommen wird, die Klage abgewiesen.
- 27 Zur Begründung ist ausgeführt:
- 28 Operation vom 14.1.2004
- 29 *Es liege keine intraoperative Abweichung von der Operationsplanung ( unter Hinweis auf den Inhalt des OP-Berichtes ) vor. Die zahlreichen Röntgenbilder belegten, dass sowohl rechts als auch links verwendete Implantat eine korrekte Größe aufweise*

- 30 - wobei die verwandte Prothese - Implantatkopf in 28-Größe - nicht zu beanstanden sei
- 31 - Insbesondere die erforderliche Beckenübersichtsdarstellung habe präoperativ ( 13.1.2004 ) vorgelegen.
- 32 Zwar habe Dr. P. zunächst bekundet, dass die Hüftpfanne in einem zu steilen Winkel eingesetzt worden sei. Auf Vorhalt habe er aber eingeräumt, dass ihm bei der Messung ( = Winkel von 58° ) eine Messungenauigkeit unterlaufen sein könnte und sich Messungenauigkeiten immer ergeben könnten und man daher doch zu der Aussage gelangen könne, dass die Pfanne in einem vertretbaren Winkel eingebaut worden sei, zumal sich die Ursache für die Luxationen ( als Grund für die Revisionsoperation ) nicht - mehr - sicher rekonstruieren lasse.
- 33 Unter Berücksichtigung des Privatgutachten der Beklagten ( Prof. Dr. M. ) sei es erforderlich gewesen, der Bestimmung des "Einbauwinkels" der Hüftpfanne näher nachzugehen.
- 34 Aber auch die Hinzuziehung der Sachverständigen Dr. Sch. habe insoweit keine definitive Klärung im Hinblick auf den Winkel erbracht. Dr. Sch. selbst habe einen Winkel von 54° gemessen. Soweit die Beklagten eine Größenordnung von 49° - 51° behaupteten, sei dies jedenfalls - auch - möglich. Bei einem "Einbauwinkel" von ~ 50° könne nicht von einer behandlungsfehlerhaften Positionierung ausgegangen werden. Zwar bestehe grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen Luxationsrate und dem Zusammenspiel von Schaft und Pfanne, es könne aber nicht die Aussage getroffen werden, dass die Luxationsrate zwingend bei einem steileren Einbau auch ansteige, d.h., weiche eine Pfanne von dem angestrebten Winkel von ( ~ ) 45° ab, dann müsse dies nicht zwangsläufig zu einer Luxation führen. Der Kläger könne daher den Beweis nicht führen, dass die Positionierung des Prothesenschafts nicht innerhalb der sog. "Safe-Zone" liege.

- 35 *Ebenso wenig sei die Behauptung des Klägers erwiesen, dass die Operation vom 14.1. "minimalinvasiv" durchgeführt worden sei und dies das Risiko einer Fehlpositionierung des Implantats erhöht habe. Die Beklagten hätten vielmehr vorgetragen, dass der Eingriff sowohl bezogen auf die linke als auch bezogen auf die rechte Hüfte mit der gleichen Operationsmethode durchgeführt worden sei.*
- 36 *Die Behauptung, dass zum Zeitpunkt der Operation nicht die "richtige Prothese" vorrätig gewesen sei, könne dahinstehen, weil Dr. P. ausgeführt habe, dass die "richtige Prothese" verwandt worden sei.*
- 37 *Zu einem Dokumentationsfehler behaupte der Kläger lediglich, dass die Darstellung der Ergebnisse "offensichtlich geschönt" sei, was die Beklagte bestreite. Der Kläger trete insoweit keinen "Gegenbeweis" an.*
- 38 *Revisions-Operation vom 5.2.2004*
- 39 *Nach den Feststellungen der Neurologin Dr. W. sei davon auszugehen, dass es intraoperativ bei der Revisionsoperation zu einer kompletten Plexusläsion im rechten Bein gekommen sei mit Überlagerung durch ein Weichteiltrauma. Dafür sprächen die unmittelbar postoperativ aufgetretenen neuropathetischen Schmerzen im Gesäß bei einer gleichzeitig auftretenden Funktionsbeeinträchtigung. Dabei sei die Nervenschädigung im Bereich des Plexus lumbales auf Höhe des musculus piriformis zu lokalisieren und die Ursache dafür sei im Zug am Bein während der Operation zu suchen. Der Zug am Bein sei aber erforderlich gewesen, um den Hüftkopf aus der Pfanne zu bekommen, dies wiederum als erforderliche Grundlage für den kompletten Prothesenwechsel, wobei eine Nervenschädigung unabhängig von der zeitlichen Belastung ("1sec. oder ¼ Stunde") auftreten könne und das Ziehen am Bein als solches nicht behandlungsfehlerhaft sei. Soweit Dr. Sch. eine andere Vorgehensweise favorisiere, obliege die Auswahl der Operationsmethode dem operierenden Arzt schon deshalb, um auf die sich ihm bietende intraoperative Situation angemessen reagieren zu können.*



- 40 *Soweit der Kläger weiter behauptete, dass er über den "minimal invasiven" Eingriff" nicht aufgeklärt worden sei, könne dies dahinstehen, weil ein minimal invasiver Eingriff nach den Ausführungen von Dr. P. überhaupt nicht durchgeführt worden sei.*
- 41 *Ein Aufklärungsmangel stehe nicht fest:*
- 42 *Dem Aufklärungsbogen könne eindeutig entnommen werden, dass ein "Vorgehen nach Befund" erörtert worden sei. Dieser Hinweis decke auch einen Schaftwechsel, wenn sich dazu - wie vorliegend - intraoperativ die Notwendigkeit ergebe.*
- 43 *Einen "Entscheidungskonflikt" habe der Kläger im Hinblick auf den Inhalt der Dokumentation nicht plausibel dargelegt. Ebenso wenig sei plausibel, wenn der Kläger vortrage, dass er durch die ( nach seinem Vortrag ) erfolgte Darstellung der "Dringlichkeit" des Revisionseingriffs unter psychischem Druck gestanden habe. Dagegen spreche schon, dass der Kläger eine "zweite Meinung" eingeholt habe und nicht ersichtlich sei, dass der vom Kläger empfundene Druck bei einem Eingriff zu einem anderen - späteren - Zeitpunkt anders gewesen wäre. Eine Aufklärungsrüge scheitere auch unter dem Gesichtspunkt einer "hypothetischen Einwilligung", soweit dem Kläger in O. am 2.2.2004 als Alternative eine konservative Therapie vorgeschlagen worden sei.*
- 44 *Anhaltspunkte für eine "durch Täuschung erschlichene Aufklärung" ergäben sich nicht. Der Hinweis des Klägers darauf, dass die Operateure tatsächlich eine geringere Anzahl der streitgegenständlichen Eingriffe durchgeführt hätten, "als von ihm angenommen", bilde nicht den richtigen Anknüpfungspunkt für eine Täuschung, weil dies nichts über die Qualität besage.*
- 45 *Aber selbst wenn man einen Aufklärungsmangel bejahen würde, könne der "beweispflichtige Kläger" nicht den "Kausalitätsnachweis" führen. Eine Luxation könne - nach den Bekundungen von Dr. Sch. - immer eintreten und zwar auch dann, wenn sich der Kläger für eine konservative Therapie entschieden hätte, vielmehr habe das Luxationsrisiko*

*auch bei korrekt eingebrachter Pfanne bestanden.*

- 46 Gegen dieses Urteil wendet sich der Kläger mit der Berufung. Er wiederholt und vertieft das nach seiner Auffassung vom Landgericht nicht vollständig berücksichtigte und gewürdigte Vorbringen erster Instanz.
- 47 1. Operation ( rechts ) vom 14.1.2004
- 48 Eine wirksame Einwilligung zur Operation liege nicht vor, weil der Kläger hinsichtlich der zugesagten Kompetenz und Routine der Operateure in Bezug auf die streitgegenständlichen Hüft-TEP-Operationen getäuscht worden sei, zumal bekannt gewesen sei, dass der Kläger nur von versierten und erfahrenden Spezialisten habe operiert werden wollen.
- 49 Der Kläger sei nicht über den Wechsel von der herkömmlichen ( wie OP linksseitig ) zur minimalinvasiven Vorgehensweise ( wie OP rechtsseitig ) aufgeklärt worden. Der minimalinvasive - mit erhöhtem Risiko der Fehlpositionierung verbundene - Eingriff sei zudem fehlerhaft durchgeführt worden.
- 50 Fehlerhaft sei die Positionierung der Prothesenkomponenten außerhalb der Safe-Zone. Insbesondere sei die eingebrachte Hüftpfanne zu steil implantiert. Obwohl intraoperativ die Fehlpositionierung außerhalb der Safe-Zone erkannt worden sei (insbesondere die erheblich zu steile Stellung der Hüftpfanne und der Fehlstellung der Hüfte in 2. Ebene und der Fehlstellung des Schaftes), sei dies nicht unmittelbar korrigiert worden. Die Fehlpositionierung sei mit bloßem Auge auf dem Röntgenbild sichtbar gewesen. Das Ergebnis sei so eklatant unbrauchbar, dass die erste Luxation bereits bei der Gangschule am Arm der Physiotherapeutin in der Klinik erfolgt sei. Andere Ursachen als ein Behandlungsfehler könnten nach bisherigen gutachterlichen Feststellungen ausgeschlossen werden.

- 51 Die Dokumentation des Eingriffs vom 14.1.2004 sei fehlerhaft:
- 52 - keine Angabe von Gradzahlen im Gegensatz zur 1. Operation links;
- 53 - abweichende Dokumentation der Luxationstendenz im Vergleich zum OP Bericht der Revisionsoperation;
- 54 - verwirrende und undeutliche Angaben hinsichtlich diskreter bzw. deutlicher Luxationstendenz, Antetorsion, Anteversion und bezüglich der Normalpositionen und der Abweichungen von den Normalpositionen.
- 55 Revisionsoperation vom 05.02.2004
- 56 Auch insoweit gelte das zum Ersteingriff Gesagte in Bezug auf die wegen Täuschung und unzureichender Aufklärung des Patienten unwirksame Einwilligung zur Operation. Der Kläger sei außerdem über die Dringlichkeit der Operation fehlerhaft aufgeklärt worden. Die Einwilligung sei zudem unter psychischen Druck erwirkt worden, bei zu kurzer Bedenkzeit und bereits angesetztem Operationstermin. Der Kläger sei auch nicht über Behandlungsalternativen aufgeklärt worden.
- 57 Zu rügen sei weiter die fehlende Diagnostik vor der Revisionsoperation (weder Röntgenbild noch CT oder MRT).

- 58 Hinsichtlich der intraoperativen Vorgehensweise bei der Revisionsoperation sei der Kläger nicht über den eventuell erforderlichen Schaftwechsel aufgeklärt worden.
- 59 Bei der Durchführung der Revisionsoperation seien ebenfalls Behandlungsfehler vorgekommen, so das fehlerhafte minimalinvasive Vorgehen mit erhöhtem Risiko einer Nervenverletzung, bei unüblicher Vorgehensweise:
- 60 - Prothesenwechsel bei liegendem Schaft mit aufgestecktem Kopf;
- 61 - Schaftwechsel bei Feststellung beengter Verhältnisse während der Operation.
- 62 Fehlerhaft sei auch die gewählte Operationsabfolge durch fehlende bzw. unterlassene Diagnostik. Der Schaftwechsel sei erforderlich gewesen, dies sei auf Grund der unterlassenen Diagnostik vor dem Eingriff aber erst intraoperativ festgestellt worden, was eine falsche Operationsabfolge bedingt habe. Es werde zudem an keiner Stelle dokumentiert, auf welcher Grundlage die Entscheidung zu dem Revisionseingriff getroffen worden sei.
- 63 Behandlungsfehler anlässlich der ambulanten Nachbehandlung
- 64 An erster Stelle zu nennen sei das Übersehen und die unterlassene Behandlung der bei der Revisionsoperation eingetretenen Nervenschädigungen, trotz Vorlage eines neurologischen Berichts (und abgerechneter neurologischer Untersuchungen).
- 65 Regelmäßig sei die bei der der Hüftbeugung erreichten Gradzahl falsch dokumentiert worden.

66 Kausalität

67 Insoweit sei zu berücksichtigen, dass bereits im Hinblick auf die fehlerhafte Aufklärung vor dem Ersteingriff dieser rechtswidrig gewesen sei. Damit hätten die Beklagten für alle den Gesundheitszustand des Klägers nachteilig beeinflussenden Folgen einzustehen. Auch habe die fehlerhaft durchgeführte Erstoperation der rechten Hüfte kausal die Revisionsoperation bedingt. Demzufolge seien alle entstandenen Schäden der Revisionsoperation adäquat kausale Fehlerfolgen der ersten Operation ( rechts ), auch wenn diese ( dort ) schicksalhaft gewesen sein sollten.

68 Aufgrund der Vielzahl von Behandlungsfehlern im Zuge der Hüftoperationen vom 14.1. bzw. 5.2.2004 und der nachträglichen ambulanten Nachbehandlung durch die Beklagte sei nicht nur hinsichtlich jedes einzelnen Fehlers die Wertung als grober Fehler vorzunehmen, sondern es sei auch zu prüfen, ob diese Fehler in der Gesamtbetrachtung einen groben Behandlungsfehler begründeten, was vorliegend mit der Folge der Beweislastumkehr zu bejahen sei.

69 Der Kläger beantragt,

70 unter Abänderung des am 22. Februar 2017 verkündeten Urteils des Landgerichts Halle, Az.: 10 O 1/16, werden die Beklagten wie folgt verurteilt:

71 1. Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 1.-3. verpflichtet sind, gesamtschuldnerisch dem Kläger alle Schäden zu ersetzen, welche aus den Behandlungsfehlern anlässlich der Hüftoperationen vom 14.01.2004 und vom 05.02.2004 resultieren.

- 72 2. Es wird festgestellt, dass der Beklagte zu 2. verpflichtet ist, dem Kläger sämtliche Schäden zu ersetzen, welche aus den Behandlungsfehlern anlässlich der ambulanten Nachbehandlung nach den oben genannten Operationen resultieren.
- 73 3. Die Beklagten zu 1.-3. werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an den Kläger bereits bezifferten Schadenersatz (Verdienstausfallschaden bis zum 30.06.2019 und außergerichtliche Anwaltskosten) in Höhe von 1.530.476,73 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 % Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz p.a.

74

aus 7.484,48 Euro seit 01.06.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.07.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.08.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.09.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.10.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.11.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.12.2004,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.01.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.02.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.03.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.04.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.05.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.06.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.07.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.08.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.09.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.10.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.11.2005,  
aus weiteren 7.611,72 Euro seit 01.12.2005,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.01.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.02.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.03.2006,

aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.04.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.05.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.06.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.07.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.08.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.09.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.10.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.11.2006,  
aus weiteren 7.725,89 Euro seit 01.12.2006,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.01.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.02.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.03.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.04.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.05.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.06.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.07.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.08.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.09.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.10.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.11.2007,  
aus weiteren 7.849,51 Euro seit 01.12.2007,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.01.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.02.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.03.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.04.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.05.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.06.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.07.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.08.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.09.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.10.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.11.2008,  
aus weiteren 8.030,04 Euro seit 01.12.2008,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.01.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.02.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.03.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.04.2009,

aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.05.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.06.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.07.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.08.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.09.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.10.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.11.2009,  
aus weiteren 8.238,83 Euro seit 01.12.2009,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.01.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.02.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.03.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.04.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.05.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.06.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.07.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.08.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.09.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.10.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.11.2010,  
aus weiteren 8.263,54 Euro seit 01.12.2010,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.01.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.02.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.03.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.04.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.05.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.06.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.07.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.08.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.09.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.10.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.11.2011,  
aus weiteren 8.354,44 Euro seit 01.12.2011,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.01.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.02.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.03.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.04.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.05.2012,



aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.06.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.07.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.08.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.09.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.10.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.11.2012,  
aus weiteren 8.529,88 Euro seit 01.12.2012,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.01.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.02.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.03.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.04.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.05.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.06.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.07.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.08.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.09.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.10.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.11.2013,  
aus weiteren 8.700,48 Euro seit 01.12.2013,  
aus weiteren 8.822,29 Euro seit 01.01.2014,  
aus weiteren 8.822,29 Euro seit 01.02.2014,  
aus weiteren 8.822,29 Euro seit 01.03.2014,  
aus weiteren 8.822,29 Euro seit 01.04.2014,  
aus weiteren 8.822,29 Euro seit 01.05.2014,  
aus weiteren 8.822,29 Euro seit 01.06.2014,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.01.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.02.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.03.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.04.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.05.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.06.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.07.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.08.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.09.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.10.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.11.2015,  
aus weiteren 8.910,51 Euro seit 01.12.2015,

aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.01.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.02.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.03.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.04.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.05.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.06.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.07.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.08.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.09.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.10.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.11.2016,  
aus weiteren 8.955,06 Euro seit 01.12.2016,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.01.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.02.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.03.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.04.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.05.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.06.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.07.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.08.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.09.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.10.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.11.2017,  
aus weiteren 8.999,84 Euro seit 01.12.2017,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.01.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.02.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.03.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.04.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.05.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.06.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.07.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.08.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.09.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.10.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.11.2018,  
aus weiteren 9.134,84 Euro seit 01.12.2018,  
aus weiteren 9.299,26 Euro seit 01.01.2019,

aus weiteren 9.299,26 Euro seit 01.02.2019,  
aus weiteren 9.299,26 Euro seit 01.03.2019,  
aus weiteren 9.299,26 Euro seit 01.04.2019,  
aus weiteren 9.299,26 Euro seit 01.05.2019,  
aus weiteren 9.299,26 Euro seit 01.06.2019,  
aus weiteren 9.299,26 Euro seit 01.07.2019 und  
aus weiteren 4.767,37 Euro seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

75 Hilfsweise:

76 Die Beklagten zu 1.-3. werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an den Kläger bereits bezifferten Schadenersatz (Verdienstausfallschaden bis zum 30.06.2019 und außergerichtliche Anwaltskosten) in Höhe von 1.669.177,83 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 % Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz p.a.

77

aus 7.484,48 Euro seit 01.06.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.07.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.08.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.09.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.10.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.11.2004,  
aus weiteren 7.484,48 Euro seit 01.12.2004,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.01.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.02.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.03.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.04.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.05.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.06.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.07.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.08.2005,

aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.09.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.10.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.11.2005,  
aus weiteren 7.521,90 Euro seit 01.12.2005,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.01.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.02.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.03.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.04.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.05.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.06.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.07.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.08.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.09.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.10.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.11.2006,  
aus weiteren 7.709,95 Euro seit 01.12.2006,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.01.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.02.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.03.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.04.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.05.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.06.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.07.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.08.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.09.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.10.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.11.2007,  
aus weiteren 8.164,84 Euro seit 01.12.2007,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.01.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.02.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.03.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.04.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.05.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.06.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.07.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.08.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.09.2008,

aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.10.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.11.2008,  
aus weiteren 8.483,27 Euro seit 01.12.2008,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.01.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.02.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.03.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.04.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.05.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.06.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.07.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.08.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.09.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.10.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.11.2009,  
aus weiteren 8.542,65 Euro seit 01.12.2009,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.01.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.02.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.03.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.04.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.05.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.06.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.07.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.08.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.09.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.10.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.11.2010,  
aus weiteren 8.610,90 Euro seit 01.12.2010,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.01.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.02.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.03.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.04.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.05.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.06.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.07.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.08.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.09.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.10.2011,

aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.11.2011,  
aus weiteren 8.869,32 Euro seit 01.12.2011,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.01.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.02.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.03.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.04.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.05.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.06.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.07.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.08.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.09.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.10.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.11.2012,  
aus weiteren 9.091,05 Euro seit 01.12.2012,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.01.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.02.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.03.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.04.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.05.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.06.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.07.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.08.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.09.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.10.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.11.2013,  
aus weiteren 9.791,06 Euro seit 01.12.2013,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.01.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.02.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.03.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.04.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.05.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.06.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.07.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.08.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.09.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.10.2014,  
aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.11.2014,

aus weiteren 9.947,72 Euro seit 01.12.2014,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.01.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.02.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.03.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.04.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.05.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.06.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.07.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.08.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.09.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.10.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.11.2015,  
aus weiteren 10.067,09 Euro seit 01.12.2015,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.01.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.02.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.03.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.04.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.05.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.06.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.07.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.08.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.09.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.10.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.11.2016,  
aus weiteren 10.208,03 Euro seit 01.12.2016,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.01.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.02.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.03.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.04.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.05.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.06.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.07.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.08.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.09.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.10.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.11.2017,  
aus weiteren 10.575,52 Euro seit 01.12.2017,

aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.01.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.02.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.03.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.04.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.05.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.06.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.07.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.08.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.09.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.10.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.11.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.12.2018,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.01.2019,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.02.2019,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.03.2019,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.04.2019,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.05.2019,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.06.2019,  
aus weiteren 11.167,75 Euro seit 01.07.2019 und  
aus weiteren 4.767,37 Euro seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

- 78 4. Die Beklagten zu 1.-3. werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz p.a. ab Rechtshängigkeit zu zahlen.
- 79 5. Die Beklagten zu 1.-3. werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an den Kläger seit Rechtshängigkeit eine jährlich der Inflation anzupassende angemessene monatliche Schmerzensgeldrente zu zahlen und diese sowie die weiteren monatlichen Beträge jeweils seit Fälligkeit mit Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz p.a. zu verzinsen.
- 80 6. Die Beklagten zu 1.-3. werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an den Kläger bezifferten Haushaltsführungsschaden bis einschließlich 30.06.2019 in Höhe von 66.878,94 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 % Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz p.a.



aus 27.035,57 Euro seit dem 01.11.2010,  
aus weiteren 362,23 Euro seit dem 01.12.2010,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.01.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.02.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.03.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.04.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.05.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.06.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.07.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.08.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.09.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.10.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.11.2011,  
aus weiteren 366,21 Euro seit dem 01.12.2011,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.01.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.02.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.03.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.04.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.05.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.06.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.07.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.08.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.09.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.10.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.11.2012,  
aus weiteren 373,91 Euro seit dem 01.12.2012,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.01.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.02.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.03.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.04.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.05.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.06.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.07.2013,

aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.08.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.09.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.10.2013,  
aus weiteren 381,38 Euro seit dem 01.11.2013,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.01.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.02.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.03.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.04.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.05.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.06.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.07.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.08.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.09.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.10.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.11.2015,  
aus weiteren 390,59 Euro seit dem 01.12.2015,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.01.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.02.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.03.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.04.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.05.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.06.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.07.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.08.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.09.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.10.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.11.2016,  
aus weiteren 392,54 Euro seit dem 01.12.2016,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.01.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.02.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.03.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.04.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.05.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.06.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.07.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.08.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.09.2017,

aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.10.2017,  
aus weiteren 394,51 Euro seit dem 01.11.2017,  
aus weiteren 407,63 Euro seit dem 01.01.2019,  
aus weiteren 407,63 Euro seit dem 01.02.2019,  
aus weiteren 407,63 Euro seit dem 01.03.2019,  
aus weiteren 407,63 Euro seit dem 01.04.2019,  
aus weiteren 407,63 Euro seit dem 01.05.2019,  
aus weiteren 407,63 Euro seit dem 01.06.2019 und  
aus weiteren 407,63 Euro seit dem 01.07.2019 zu zahlen.

- 82 7. Die Beklagten zu 1.-3. werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an den Kläger eine Verdienstaussfallrente in Höhe von 9.299,26 EURO monatlich, jeweils zum 30. eines Monats (im Februar jeweils zum 28.), erstmalig ab 30.07.2019 bis zur Vollendung des 66,5. Lebensjahres oder bis zum Eintritt des vorherigen Todesfalls zu zahlen.
- 83 Hilfsweise:
- 84 Die Beklagten zu 1.-3. werden gesamtschuldnerisch verurteilt, an den Kläger eine Verdienstaussfallrente in Höhe von 11.167,75 EURO monatlich, jeweils zum 30. eines Monats (im Februar jeweils zum 28.), erstmalig ab 31.07.2019 bis zur Vollendung des 66,5. Lebensjahres oder bis zum Eintritt des vorherigen Todesfalls zu zahlen.
- 85 8. Die Beklagten zu 1.-3. sind verpflichtet, die Verdienstaussfallrente gemäß Ziffer 7. regelmäßig der Inflation anzupassen.
- 86 9. Die Beklagten von 1.-3. werden gesamtschuldnerisch verurteilt und verpflichtet, an den Kläger eine Rente für künftigen Haushaltsführungsschaden in Höhe von 407,63 Euro pro Monat, fällig erstmalig zum 31.07.2019, jeweils zum 30. eines Monats (im Februar jeweils zum 28.) zu zahlen.

- 87 10. Die Beklagten zu 1.-3. sind verpflichtet, die Rente über den Haushaltsführungsschaden gemäß Ziffer 9 regelmäßig der Inflation anzupassen.
- 88 11. Es wird festgestellt, dass für den Fall der weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers, auf Grund der festgestellten Behandlungsfehler, über den bei der Bemessung des festzusetzenden Schmerzensgeldes zu Grunde gelegten Zustandes hinaus, der Kläger gegen die Beklagten zu 1.-3. gesamtschuldnerisch Anspruch auf die Zahlung weiteren angemessenen Schmerzensgeldes hat.
- 89 Die Beklagten beantragen,
- 90 die Berufung zurückzuweisen.
- 91 Sie verteidigen das angefochtene Urteil und wiederholen und vertiefen ihren Vortrag aus erster Instanz:
- 92 Sie bestreiten, dass die Einwilligung des Klägers durch Täuschung oder Zwang erlangt worden sei ( was im Übrigen für beide Eingriffe gelte ). Es seien keine falschen Angaben zur Dringlichkeit des Eingriffs gemacht worden. Die Möglichkeit eines abwartenden Verhaltes sei dem Kläger vielmehr von mehreren Seiten vermittelt worden. Der Kläger sei ( unter Hinweis auf die Anlagen B5 / B7 / B12 ) in erforderlichem Umfang über die Dimension des Eingriffs aufgeklärt worden. Die Möglichkeit zu einer konservativen Behandlung als denkbarer Alternative sei dem Kläger - unstreitig - bei seiner Vorstellung in O. vermittelt worden. Die Berufung verkenne, dass es bei einem Unterlassen ( hier: behaupteter erforderlicher Aufklärung ) zunächst Sache des Patienten sei darzulegen, dass der Kausalzusammenhang bestehe, weil pflichtgemäßes Handeln den Eintritt des Schadens verhindert hätte. Dies werde ausdrücklich bestritten.

- 93 Da das Landgericht zutreffend festgestellt habe, dass der Kläger in ein "Vorgehen nach Befund" eingewilligt habe, müsse nicht nur ein Aufklärungsfehler verneint, sondern zugleich die hypothetische Einwilligung bejaht werden.
- 94 Der von der Berufung angesprochenen "Obliegenheitsverletzung" infolge mangelnder Erfahrung der Operateure fehle der rechtliche Anknüpfungspunkt, soweit der Facharztstandard geschuldet und auch eingehalten worden sei. Die Beklagten zu 2) und 3) verfügten als Fachärzte über langjährige Operationserfahrung. Abgesehen davon, dass es bereits an konkretem Vortrag des Klägers zu einem Übernahmeverschulden fehle, trage der Kläger auch nicht vor, was ihm gegenüber (gemeint offenbar zur Qualifikation der Beklagten zu 2) und 3) ) an falschen Angaben gemacht worden sein soll.
- 95 In diesem Zusammenhang bleibe auch bestritten, dass es im Verhältnis zur Operation an der linken Hüfte überhaupt einen "Verfahrenswechsel" gegeben habe. Den vom Kläger behaupteten minimalinvasiven Eingriff habe es tatsächlich überhaupt nicht gegeben.
- 96 Zu bestreiten sei weiter die Behauptung des Klägers, dass die Prothesenkomponenten außerhalb der sog. "Safe-Zone" positioniert worden seien. Ein Inklinationswinkel von 50 - 55 Grad liege im Toleranzbereich, was sachverständig bereits festgestellt worden sei. Zutreffend sei das Landgericht auch davon ausgegangen, dass die Bestimmung des Winkels (Mess-)Fehlern unterliege, was der Beweisführung hinsichtlich eines unzureichenden Ergebnisses entgegenstehen müsse, zumal das bisherige Beweisergebnis in keiner Weise die Feststellung trage, dass Fehler bei der Durchführung der Operation vorlägen. So könne auch keine Rede davon sein, dass die Prothese bei intraoperativ erkannter Fehlposition belassen worden sei. Nach dem bisherigen Beweisergebnis habe sich bei der Probereposition eine diskrete Luxationstendenz gezeigt, was aber den Vorwurf der Fehlerhaftigkeit nicht begründen könne. Bestritten werde die Behauptung des (beweisbelasteten) Klägers, dass die Dokumentation "geschönt" worden sei. Der zu dokumentierende Operationsverlauf werde im Operationsbericht niedergelegt. Zu dokumentieren sei nur ein medizinisch relevanter Umstand, wozu Gradzahlen im Rahmen der Erstoperation gerade nicht gehörten, weil die intraoperativ festgestellten Gradzahlen keine Relevanz für die Nachbehandlung hätten. Unzutreffend sei auch die Behauptung des Klägers, dass die Diagnostik vor der Revisionsoperation unzureichend gewesen sei. Dies werde durch das bisherige Beweisergebnis widerlegt. Es liege auch kein

Aufklärungsmangel in Bezug auf einen möglichen Schaftwechsel vor. Es werde zudem zum einen bestritten, dass dem Kläger überhaupt gesagt worden sei, dass nur Kopf und Pfanne gewechselt würden und zum anderen werde auch ein Kausalzusammenhang zwischen dem Schaftwechsel und der behaupteten Nervenverletzung bestritten. Der Revisionseingriff sei auch nicht "unüblich" durchgeführt worden, insbesondere liege keine falsche Operationsabfolge wegen einer unterlassenen präoperativen Diagnostik vor. Letztlich werde auch bestritten, dass die Nachbehandlung fehlerbehaftet gewesen sei. Die Kausalität mit den behaupteten Folgen werde bestritten. Dem Kläger obliege insoweit der Vollbeweis, den er aber mangels vorliegender Behandlungs- und/oder Aufklärungsfehler nicht führen könne, geschweige denn könnten grobe Behandlungsfehler angenommen werden.

- 97 Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die gewechselten Schriftsätze sowie die Sitzungsniederschriften beider Instanzen Bezug genommen.
- 98 Der Senat hat durch Einholen eines Gutachtens des Sachverständigen PD Dr. med. St. S. sowie durch Vernehmung der Zeugin S. D. Beweis erhoben. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten vom 31.10.2018 sowie die Sitzungsniederschriften vom 18.7.2019 und 12.11.2019 verwiesen.

## II.

- 99 Die Berufung ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden. Das Rechtsmittel führt zur teilweisen Abänderung der angefochtenen Entscheidung. Das Urteil des Landgerichts beruht nach dem bisherigen Beweisergebnis auf einer Rechtsverletzung i.S.v. § 513 Abs. 1 ZPO, denn die nach § 529 ZPO zugrunde zu legenden Tatsachen rechtfertigen dem Grunde nach eine dem Kläger gegenüber bestehende Schadensersatzverpflichtung der Beklagten aus dem Behandlungsvertrag zwischen der Beklagten zu 1) und dem Kläger sowie aus der mit der Übernahme der Behandlung begründeten Garantienstellung der Beklagten zu 2) und 3) (§§ 280 Abs. 1, 278 S. 1, 276 Abs. 2, 249 Abs. 1, Abs. 2 S. 1, 253 Abs. 2, 252, 823 Abs. 1, 830 Abs. 1, 842, 843, 421 BGB). Die Beklagten zu 2) und 3) haben vor den Operationen keine wirksame Einwilligung des Klägers in die medizinischen Maßnahmen eingeholt, weshalb sich schon der Eingriff vom 14.1.2004 selbst als rechtswidrig erweist. Darüber hinaus ist den Beklagten

zu 2) und 3) während der Operation ein grober Behandlungsfehler unterlaufen. Beides ist den Beklagten zu 2) und 3) und damit auch der Beklagten zu 1) vorzuwerfen. Der Kläger sieht sich dadurch in Körper und Gesundheit verletzt, sodass die Beklagten ihm den daraus entstandenen Schaden als Gesamtschuldner zu ersetzen haben. Soweit der Schadensersatzanspruch nach Grund und Betrag streitig ist, entscheidet der Senat durch Grundurteil. Im Hinblick auf die Feststellungsanträge ergeht ein Teilurteil, wobei die Beklagten jedenfalls nicht verpflichtet sind, Schadensersatzrentenbeträge zum Ausgleich der Inflation zu dynamisieren.

- 100 1. Das Urteil des Landgericht hält einer Überprüfung durch den Senat nicht stand. Es ist nicht ersichtlich, wie die Einzelrichterin ohne weitergehende Beweisaufnahme zu einem vom ersten Teilurteil abweichenden Ergebnis und damit zu einer Klageabweisung gelangen konnte. Die hierfür dargelegten Gründe tragen nicht. Schon nach den vom Landgericht eingeholten Gutachten der Sachverständigen Dr. P. und Dr. Sch. lag ein haftungsbegründender Behandlungsfehler nahe, zumal die Einzelrichterin das vom Kläger als fehlerhaft beanstandete Behandlungsgeschehen gerade nicht ausreichend überprüft und das Vorbringen zur mangelhaften Aufklärung unter Verstoß gegen Art. 103 Abs. 1 GG nicht ausgeschöpft hat. Den danach bestehenden Anhaltspunkten für Zweifel an der Richtigkeit und Vollständigkeit der entscheidungserheblichen Feststellungen ist der Senat mit seiner Beweiserhebung nachgegangen. Im Ergebnis dessen zeigt sich die operative Behandlung vom 14.1.2004 nicht von einer Einwilligung des Klägers gedeckt und für sich betrachtet grob fehlerhaft.
- 101 2. Eine wirksame Einwilligung des Klägers in den Eingriff vom 14.1.2004 liegt nicht vor, weil die Beklagten zu 2) und zu 3) trotz ausdrücklicher Nachfrage durch den Kläger am 2.12.2004 unzutreffende Angaben hinsichtlich ihrer Erfahrung mit dem streitgegenständlichen Eingriff ( Implantation einer Hüftendoprothese ) gemacht und dies unrichtig als ihr Tagesgeschäft bezeichnet haben. Der hierdurch hervorgerufene Irrtum hat sich nach Überzeugung des Senats auch auf die Einwilligung des Klägers in die Operation vom 14.1.2004 ausgewirkt, welche der Kläger bei wahrheitsgemäßer Antwort auf seine Frage, ob er denn bei der Beklagten zu 1. richtig sei, nicht erklärt hätte.
- 102 Der behandelnde Arzt muss vor einer medizinischen Maßnahme, insbesondere vor einer Operation, die Einwilligung des Patienten einholen. Ohne Einwilligung ist der Eingriff rechtswidrig. Führt dies zu einem Schaden, kann dem Patienten hieraus ein Schadensersatzanspruch gegen die Behandlungsseite erwachsen. Die Wirksamkeit der

Einwilligung setzt die Aufklärung des Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände voraus. Hierzu zählen nicht nur die gemeinhin für die ordnungsgemäße Selbstbestimmungsaufklärung von vornherein für unentbehrlich gehaltenen Informationen über die Behandlung selbst, die mit ihr verbundenen Risiken und Chancen sowie mögliche Behandlungsalternativen. Stellt der Patient dem Arzt konkrete Fragen zu Umständen, die für seine Einwilligung von Bedeutung sind, müssen auch diese wahrheitsgemäß beantwortet werden. Dies ist Voraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung des Patienten, die der Arzt nicht durch Desinformation unterlaufen darf. Dies betrifft auch konkrete Nachfragen zur Routine und Kompetenz des Arztes, denn allein schon mit dieser Frage bringt der Patient deutlich zum Ausdruck, dass es sich um für seine Einwilligung wesentliche Umstände handelt. In diesem Ausgangspunkt sieht sich der Senat durch den Sachverständigen bestätigt. Dieser hat ausgeführt, dass dann, wenn der Patient den Arzt konkret fragt, ob er für die Durchführung der Operation die ausreichende Kompetenz besitzt, diese konkrete Frage wahrheitsgemäß zu beantworten ist. Dieser Gesichtspunkt stellt für den vorliegenden Fall keine Petitesse dar, soweit der Sachverständige im Verlaufe seiner Anhörung an verschiedenen Stellen deutlich gemacht hat, welche entscheidende Bedeutung Erfahrung und Routine des Operators für die Qualität und den Erfolg der Prothesenimplantation haben, insbesondere wenn es um intraoperativ zu treffende Entscheidungen geht, die die Luxationssicherheit und damit die Stabilität der Prothese betreffen.

- 103 Selbst wenn man unterstellt, dass für die Frage des Patienten hinsichtlich der Erfahrung und der Routine der Operators - anders als für den Inhalt der Aufklärung im Übrigen - nicht die Behandlungsseite, sondern der Patient darlegungs- und beweispflichtig ist, hat der Kläger zur Überzeugung des Senats diesen Beweis mit Hilfe der Zeugin D. und dem Ergebnis der Anhörung der Parteien geführt (§ 286 Abs. 1 S. 1 ZPO).
- 104 Als allen Seiten bekannter Ausgangspunkt des Gesprächs des Klägers mit den Beklagten zu 2) und 3) vom 2.12.2004 bleibt festzuhalten, dass der damals erst 42 Jahre alte Kläger an beidseitigen Hüftkopfnekrosen litt, die vor dem 2.12.2003 dazu geführt hatten, dass er bereits mit massiven Bewegungseinschränkungen leben musste, er z.B. selbst kein Auto mehr fahren konnte. Eine operative Versorgung der Hüftgelenke mit Prothesen war daher unumgänglich. Der Kläger war zu diesem Zeitpunkt selbständiger Unternehmer und darauf angewiesen, bei der Durchführung von Projekten z.B. auch Baustellen zu besuchen und zu begehen. Die dafür notwendige Beweglichkeit war ihm durch die Erkrankung genommen und Ziel der Operation war es, ihm im Interesse der Berufsausübung wieder eine ausreichende Beweglichkeit zu verleihen. Vor diesem Hintergrund ist es unmittelbar nachvollziehbar, dass es für den Kläger - der zum damaligen Zeitpunkt auch noch der Alleinverdiener der Familie war - von geradezu existenzieller Bedeutung war, erfolgreich



operiert zu werden (und als gesonderter Punkt, seine Arbeitsfähigkeit möglichst kurzfristig wieder hergestellt zu sehen). Ein besonderes Informationsbedürfnis hinsichtlich der Erfahrung und der Routine der Beklagten zu 2) und 3) mit Hüftgelenksendoprothesenoperationen bestand danach durchaus. Auch aus Laiensicht entwickelt man zu einem erfahrenen Arzt eher Vertrauen.

105 Der Kläger hat nach seiner gegenüber dem Senat abgegebenen Sachverhaltsschilderung diese verständliche und nachvollziehbare Frage gerade nicht von vornherein aufgeworfen. Erst als er auf die Bezeichnung "Rückenmarkzentrum" und auf Rollstuhlfahrer aufmerksam wurde, stellte er, so der Kläger, die Frage, ob er denn bei den Beklagten richtig sei. Ob der Kläger in diesem Zusammenhang auf die sehr gute Krankenversicherung und den Wunsch, von einem Spezialisten operiert zu werden, zu sprechen kam, kann dahinstehen. Überzeugt ist der Senat zunächst von der Situation, in der die Frage aufkam und die die Beklagten nicht in Abrede gestellt haben. Erfahrungsgemäß war diese Situation geeignet, beim Kläger genau die Frage nach dem richtigen Operationsort hervorzurufen. Damit ist dem Kläger auch zu glauben, gefragt zu haben, ob er denn hier richtig aufgehoben sei, was nicht zuletzt die Zeugin D. glaubhaft bestätigte. Ebenso ist der Senat davon überzeugt, dass die Beklagten zu 2) und 3) dem Kläger daraufhin vermitteln, dass die Hüftprothesenoperationen zu ihrem Tagesgeschäft gehörten. Ansonsten wäre angesichts der Bedeutung des Operationserfolges und der Zweifel, die der Kläger durch die Bezeichnung "Rückenmarkzentrum" hatte, die letztlich doch erteilte Einwilligung nicht nachvollziehbar. Der Kläger sowie die Zeugin D. haben das Geschehen übereinstimmend so geschildert, was der Senat nicht zuletzt angesichts des gewonnenen persönlichen Eindrucks für glaubhaft hält. Dabei ist auch dem Senat aufgefallen, dass sich die Angaben des Klägers und die Bekundungen der Zeugin sowohl in Reihenfolge als auch in der Wortwahl deutlich glichen. Das beide Personen dies so erlebt, wahrgenommen und richtig wiedergegeben haben, unterliegt dennoch keinem Zweifel. Unzweifelhaft bestimmen die Behandlung, ihr Misserfolg und der Prozess das Leben der Eheleute D. Dass man deshalb immer wieder darauf zu sprechen kommt, die Ereignisse immer wieder durchlebt und dabei immer mehr eine nahezu gleichlautende Beschreibung oder Wiedergabe ausprägt, hält der Senat für nahezu unvermeidbar. Dies steht weder der Glaubwürdigkeit der Eheleute noch der Glaubhaftigkeit ihrer Bekundungen entgegen. Die Zeugin D. hat zudem gerade das entscheidende Gespräch auf dem Stationsflur nicht in dem Umfang oder in der Brisanz geschildert, wie es der Kläger tat. Dies spricht für das Bemühen der Zeugin, das von ihr selbst Wahrgenommene und Erinnernte wiederzugeben.

106 Dagegen sind die Schilderungen der Beklagten zu 2) und 3) zu diesem Gespräch nicht geeignet, die Frage selbst und die daraufhin erfolgte Antwort, nämlich - wie vom Kläger und der Zeugin bekundet - Hüftoperationen seien Tagesgeschäft, zweifelhaft erscheinen zu

lassen. Der Beklagte zu 3) hat sich dazu nicht eingelassen. Der Beklagte zu 2) konnte sich nicht daran erinnern, dass dem Kläger signalisiert worden sei, er habe es mit Spezialisten auf dem Gebiet der Hüftoperationen zu tun. Die oben erörterte Frage des Klägers hat aber auch er nicht bestritten. Dem Kläger muss darauf etwas geantwortet worden sein, was bei ihm Vertrauen in die Fähigkeiten der Beklagten bestätigte oder hervorrief, jedenfalls seine Zweifel überwand. Das gesamte Gespräch vom 2.12.2004 war gerade auch mit dem Vorführen des Privatpatientenzimmers und der Anwesenheit des Chefarztes und eines Oberarztes darauf ausgerichtet, den Kläger als Patienten zu gewinnen. Der beim Kläger zweifelbegründende Umstand (Rückenmarkszentrum) steht fest und ist für sich betrachtet nicht streitig. Was wenn nicht zumindest die Äußerung, es handele sich um das Tagesgeschäft, soll den Kläger angesichts dessen zur Einwilligung bewegt haben? Eine andere Erklärung als die vom Kläger dargestellte und von der Zeugin bestätigte Antwort der Beklagten zu 2) und 3) erschließt sich dem Senat nicht.

107 Legt man die Feststellungen des Sachverständigen zugrunde, wonach Hüftgelenksendoprothesenoperationen zur Facharztausbildung gehören, jeder Facharzt für Orthopädie sie ausführen kann und Erfahrung auch mehr bedeutet als die Anzahl von Operationen, wäre umgangssprachlich die Formulierung "Tagesgeschäft" vielleicht nicht einmal falsch. Im Kontext des Gespräches war die Frage des Klägers jedoch nicht darauf bezogen, ob die Beklagten zu 2) und 3) die Operation ausführen können. Dem Kläger ging es um die Erfahrung mit dieser Art von Operationen, was den Beklagten nicht verborgen geblieben sein kann. Antwortet der Arzt auf die Frage des Patienten, ob er hier richtig sei, derartige Operationen zählten zum Tagesgeschäft, suggeriert er erkennbar Erfahrung und Routine und bestimmt den zweifelnden Patienten dazu, die seine Frage provozierenden Bedenken zu überwinden. Bei wahrheitsgemäßer Antwort durfte aus Sicht des Arztes genau dies nicht geschehen. Denn die Beklagten operierten gerade nicht häufig an der Hüfte. Dies mag sich zum einen unstreitig aus den vom Kläger thematisierten Qualitätsberichten der Beklagten zu 1) u.a. für das Jahr 2004 ergeben. Zum anderen hat der Beklagte zu 2) dies dem Senat gegenüber eingeräumt. Die beim Kläger anstehende Operation war nicht das Tagesgeschäft der Beklagten. Die Bedenken des Klägers waren nicht substanzlos und seine Bedenken wurde demnach mit falschen Informationen zerstreut und dieser Eindruck noch dadurch unterstrichen, dass man unstreitig und nach glaubhaften Angaben des Klägers und Bekundungen der Zeugin just in diesem Zusammenhang (für den Laien als Ausdruck besonderer Kompetenz) den 6,5-fachen Gebührensatz verlangte.

108 Es kann offen bleiben, ob allein dies genügt, die daraufhin erteilte Einwilligung des Klägers als unwirksam zu betrachten. Der Senat ist auch davon überzeugt, dass der Kläger sich nicht im Hause der Beklagten hätte operieren lassen, wenn er gewusst hätte, dass diese Eingriffe nicht zum Tagesgeschäft des Rückenmarkszentrums zählten. Es ging nicht nur um

eine Operation. Der Kläger musste an beiden Hüftgelenken kurz hintereinander operiert werden. Für ihn und seine Familie stand viel auf dem Spiel und dem Kläger ging es - auch nach den Äußerungen der Beklagten zu 2) und 3) vor dem Senat - um die Wiedererlangung seiner Berufsfähigkeit. Der Kläger war auf der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus und auf dieser Suche hatte er sich von seinem Heimatort entfernt und zur Beklagten zu 1) begeben, wo sich Chef- und Oberarzt Zeit für ihn nahmen. Damit war der Sache von beiden Seiten überdurchschnittliche Bedeutung beigemessen worden. Es ging um mehr als nur einen guten Eindruck. Es ging um ein der Bedeutung gerecht werdendes Vertrauen. Insoweit sind bereits geringe Zweifel geeignet, dieses Vertrauen zu erschüttern. Diese Erschütterung brachte der Kläger mit seiner Frage zum Ausdruck. Eine wahrheitsgemäße Antwort hätte dem nicht abgeholfen. Der Senat glaubt dem Kläger daher, dass er dann auch nicht in die Operationen durch die Beklagten zu 2) und 3) eingewilligt hätte. Gerichtsbekanntermaßen gibt es in Deutschland genügend andere Kliniken, in denen der Kläger in höherem Maße spezialisierte Ärzte vorgefunden hätte.

- 109 Es spielt für die Wirksamkeit der Einwilligung in den Eingriff vom 14.1.2004 keine Rolle, dass der Eingriff vom 10.12.2003 an der linken Hüfte in vollem Umfang erfolgreich war, die Beklagten zu 2) und 3) ihre Qualifikation quasi de facto nachweisen konnten. Die fehlerhafte Erklärung vom 2.12.2003 wirkte über den Eingriff vom 10.12.2003 hinaus und hat auch die Einwilligungsentscheidung des Klägers in den Eingriff vom 14.1.2004 beeinflusst. Dass der Kläger es bis zum 14.1.2004 hätte besser wissen müssen, ist nicht dargetan und ersichtlich.
- 110 Da es im Ergebnis an einer wirksamen Einwilligung fehlt, stellt der Eingriff vom 14.1.2004 selbst bereits den Primärschaden dar, für dessen gesamte Folgen (incl. der Folgen des Revisionseingriffs vom 5.2.2004, selbst wenn es sich insoweit um einen Sekundärschaden handelt) die Beklagten dem Grunde nach einzustehen haben.
- 111 3. Die Operation vom 14.1.2014 wurde von den Beklagten zu 2) und 3) grob fehlerhaft durchgeführt.
- 112 Ging es in erster Instanz im Wesentlichen um die Steilstellung der Prothese und in diesem Zusammenhang um konkrete Gradzahlen, lässt sich unter Berücksichtigung der

Feststellungen des Sachverständigen zum von der Behandlungsseite zu wahrenen medizinischen Standard bei Hüftgelenksprothesenoperationen sagen, dass dem Patienten die Alltagskompetenz mit gewissen Gehstrecken durch Funktion und Stabilität der Prothese bei möglichst übereinstimmender Beinlänge sicherzustellen ist. Ausgehend davon durfte mit Blick auf den Inhalt des schriftlichen Operationsberichtes vom 14.1.2014:

- 113 *"...Entfernen der Probeprothese und Aufsetzen einer 15,5 normalen Prothese mit einem 49er Offset und einem langen Probekopf. Erneute vorsichtige Probereposition. Nunmehr identische Beinlänge, nur noch diskrete Luxationstendenz in 45° Außenrotationsstellung..."*,
- 114 der Eingriff beim Kläger nicht mit der (endgültigen) Implantation "dieser" Prothese beendet werden. Aus dem Inhalt dieses Textes im Operationsbericht ergibt sich für den Sachverständigen, dass sich im Ergebnis der Probereposition eine Luxationstendenz ergab und die Prothese dennoch (endgültig) implantiert wurde. Ergab sich somit - wie im Operationsbericht beschrieben - in Außenrotationsstellung von 45° am gestreckten Bein eine derartige Luxationstendenz, dann konnte diese zum einen nicht mehr als diskret beschrieben werden und zum anderen war dies als Ergebnis in keinem Fall hinzunehmen. Nach den Feststellungen des Sachverständigen driftet der Kopf unter diesen Bedingungen schon bei normalen Alltagsbewegungen aus der Pfanne, was sehr suboptimal ist und worauf "kein Segen liegt". Dies sei eine eindeutige Standardunterschreitung, was den Senat zur Annahme eines groben Behandlungsfehlers führt.
- 115 Bei der Gesamtbewertung des streitgegenständlichen Eingriffs kann die in erster Instanz im Mittelpunkt stehende - und auch von der Berufung erneut problematisierte - Frage, ob die Prothese in einem zu steilen Winkel eingebracht wurde, isoliert betrachtet letztlich dahinstehen. Die in der Literatur dazu diskutierten Gradzahlen dienen nur als Orientierungshilfe. Der Operateur kann diese intraoperativ ohnehin nicht überprüfen. Wichtiger als eine konkrete Gradzahl ist das passende Ineinandergreifen der verschiedenen Komponenten, vom Sachverständigen als "Gesamtpaket" bezeichnet. Dieses "Gesamtpaket" muss eine bestimmte Beweglichkeit gewährleisten. Die Beinlänge sollte identisch sein (was nicht immer zu erreichen ist), das Gelenk sollte nicht anschlagen und es muss eine bestimmte Stabilität und eine Luxationssicherheit erreicht werden. Gelingt dies zunächst nicht, ist eine Überprüfung des Prothesensitzes erforderlich.

- 116 Wenn es dabei um die Komponente der Luxationssicherheit geht, dann muss eine 90° Beugung möglich sein, auch muss eine gewisse Außenrotation erreicht werden, wobei 70° Außenrotation in Streckung und bis 45° Innenrotation bei 90° Beugung die Empfehlung für die Erreichung einer stabilen Situation darstellen. Schon ausgehend von diesen Rahmenbedingungen hat der Sachverständige die im Operationsbericht beschriebene Luxationstendenz bei 45° Außenrotationsstellung als suboptimales Ergebnis bezeichnet, weil der mögliche Bewegungsumfang zu gering ist.
- 117 Die intraoperative Stabilitätskontrolle der Luxationssicherheit stellt dabei das Schlüsselement bei der Implantation einer Hüftendoprothese dar. Die Stabilitätsprüfung läuft dabei in etwa wie folgt ab:
- 118 Die Pfanne wird implantiert. Das Inlay ist drin. Dann schlägt der Operateur den Probeschaff ein. Kopf und Konus werden aufgebracht. Anschließend wird die Funktion des Gelenks geprüft, indem man axial am Bein zieht. Die Beweglichkeit wird in allen Ebenen getestet. Dabei prüft man auch, ob das Gelenk in jeder Ebene ausreichend stabil ist. Zeigt sich - und dies ist für den vorliegenden Fall von entscheidender Bedeutung - während der Stabilitätsprüfung eine nicht ausreichende Stabilität des Gelenks, dann tauscht der Operateur Teile aus, um das Stabilitätsdefizit auszugleichen.
- 119 Nach dem Inhalt des Operationsberichts wurde beim Kläger während des Eingriff vom 14.1.2004 wie folgt verfahren:
- 120 *Eine modifizierte 15,5 Prothese wird als Probe eingeschlagen. Diese entspricht nicht der präoperativen Planung, so dass auf eine andere Standardprothese gewechselt werden muss. Aufsetzen des normalen Offset und eines normalen 28er Kopfes. Vorsichtige Probereposition. Es zeigt sich, dass die Beinlänge nicht korrekt ist, ebenfalls ergibt sich eine deutliche Luxationstendenz in Adduktions- und Außenrotationsstellung. Entfernen der Probeprothese und Aufsetzen einer 15,5 normalen Prothese mit einem langen Probekopf (Hervorhebung durch den Senat). Erneut vorsichtige Prop(b)ereposition. Nunmehr identische Beinlänge nur noch diskrete Luxationstendenz in 45° Außenrotation. Es fällt die Entscheidung diese Prothese (Hervorhebung durch den Senat) zu implantieren. ... Letztlich gelingt es doch, die Prothese fest zu verankern. Aufsetzen des (Hervorhebung durch den Senat) längeren Kopfes aus Metall und*

*Festschlagen des Kopfes.*

- 121 Unabhängig von einer medizinischen Bewertung ist dem aus dem Operationsbericht zitierten Text sprachlich die Aussage zu entnehmen, dass letztlich die Prothese fest implantiert wurde, bei der sich nach der erneuten vorsichtigen Probereposition "nur" noch eine diskrete Luxationstendenz in 45° Außenrotationsstellung ergab und das auch der genannte "lange Probekopf" verwandt wurde und mit "Aufsetzen des längeren Kopfes" nicht etwa ein anderer, längerer Kopf beschrieben werden soll.
- 122 Diese rein sprachliche Interpretation des Textes des Operationsberichtes hat der Sachverständige aus seiner ärztlichen Sicht bestätigt. Im Ergebnis der Probereposition ergab sich eine Luxationstendenz und dennoch wurde diese Prothese endgültig eingebracht, obgleich die dokumentierte Luxationstendenz in 45° Außenrotationsstellung dies unter keinen Umständen zuließ und die Operation mit diesem Ergebnis nicht beendet werden durfte. Zwar sind im Einzelfall anatomische Verhältnisse denkbar, bei denen eine gewisse Instabilität hingenommen werden muss und der Operateur in einem solchen Fall einen gewissen Beurteilungsspielraum hat, weitere operative Maßnahmen zu ergreifen oder unter Inkaufnahme dieser gewissen Instabilität den Eingriff gleichwohl zu beenden. Solche Besonderheiten sind für den Eingriff beim Kläger aber weder dokumentiert noch haben sich solche im Zuge der Beweisaufnahme ergeben. Warum der Beklagte zu 2) intraoperativ von weiteren Maßnahmen Abstand nahm, ist auch für den Sachverständigen nicht nachvollziehbar gewesen. Die medizinisch nachhaltbaren Fakten sprachen nach Einschätzung des Sachverständigen für eine sofortige Korrektur oder wie er formuliert: Auf der Entscheidung, die Operation mit dem festgestellten Ergebnis abzuschließen, "da lag kein Segen drauf". Dass diese Einschätzung richtig ist, belegt schon die schlichte Tatsache, dass es beim Kläger im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Eingriff vom 14.1.2004 in zwei Fällen bei alltäglichen Bewegungen zur Luxation des Gelenks kam. Da keine Umstände ersichtlich sind, die es den Beklagten verboten, die notwendige Korrektur vorzunehmen und dem Kläger einen ausreichenden Bewegungsspielraum zu geben, liegt nach den Feststellungen des Sachverständigen ein eindeutiger Fehler vor, der nach Auffassung des Senats als grob zu werten ist. Den Operateuren durfte das Unterlassen der Korrektur bei eindeutiger Luxationstendenz nicht passieren.
- 123 Dass der Eingriff - so wie er im Operationsbericht (wie zitiert) dargestellt wird - fehlerhaft wäre und nicht passieren durfte, nimmt auch der Beklagte zu 2) nicht in Abrede. Im Verlaufe seiner Anhörung hat er ausgeführt, dass er eine Luxationstendenz in der im

Operationsbericht beschriebenen Art nicht toleriert und den Eingriff mit einem solchen Ergebnis auch nicht abgeschlossen hätte.

- 124 Der Beklagte zu 2) hat vor dem Hintergrund dieser Eigeneinschätzung eine vom (wörtlich) dokumentierten Inhalt des Operationsberichts abweichende Darstellung des Operationsablaufs gegeben:
- 125 *Die Prothese wurde reponiert, also zusammengesetzt und dann wurde am Fuß des Patienten nach außen gedreht. Dabei zeigt sich die Möglichkeit der Luxation. Das war kein befriedigendes Ergebnis. Deshalb habe ich die Komponenten nochmals gewechselt und einen längeren Kopf genommen. Dann passte es. Die Probekomponenten wurden entfernt und die Originalprothese eingeschlagen. Anschließend wurde der Kopf aufgesetzt. Abschließend fand die auch dokumentierte erneute Kontrolle mit nunmehr befriedigender Stellung der Prothesenkomponenten statt.*
- 126 Zwischen der nach dem Wortlaut des Operationsberichts erfolgten Implantation der Prothese, bei der sich anlässlich der Probereposition eine "diskrete Luxationstendenz in 45° Außenrotationsstellung" zeigte, behauptet der Beklagte zu 2) im Rahmen seiner Anhörung also einen "Zwischenschritt". Nach Feststellung der "diskreten Luxationstendenz" will er vor der endgültigen Einbringung die Komponenten einen längeren (XL-) Kopf genommen und danach einen befriedigenden Sitz der Prothesenkomponenten festgestellt haben. Dies wiederum unterstellt, geht der Sachverständige von einem standardgemäßen Vorgehen aus, soweit sich dann der Passus "diskrete Luxationstendenz in 45° Außenrotationsstellung" nicht auf das Endergebnis beziehen, sondern lediglich ein Zwischenergebnis beschreiben würde, auf das mit dem Wechsel von Komponenten und Kopf intraoperativ (zu ergänzen angemessen) reagiert worden wäre. Die Beantwortung der Frage, ob ein grober Behandlungsfehler gegeben ist oder nicht, hängt mithin entscheidungserheblich davon ab, ob der Senat zugunsten der Beklagten von diesem (nicht dokumentierten) "Zwischenschritt" ausgeht. Der Sachverständige hat - wie bereits angesprochen - ausgeführt, dass es sich um einen eindeutigen Fehler des Arztes handelt, wenn dieser eine intraoperative Möglichkeit zur Korrektur einer nicht hinnehmbaren Luxationstendenz nicht ergreift. Dies beantwortet der Beklagte zu 2) selbst dahingehend, dass es diese Möglichkeit bei intraoperativ erkannter Luxationstendenz durch den Wechsel der verwandten Komponenten und des Kopfes gab und er diese genutzt hat.

- 127 Nach der Dokumentation im Operationsbericht ergab sich eine vom Operateur wahrgenommene Luxationstendenz, auf die intraoperativ zu reagieren war. Legt der Senat den Wortlaut des Operationsberichtes weiter zugrunde, folgt daraus nach den Feststellungen des Sachverständigen der (grobe) Behandlungsfehler (insoweit anders als in OLG Koblenz Beschluss vom 7.3.2016 - 5 U 1039/15 - [ z.B. MedR 2017, 52]; Rn. 42). Soweit der Beklagte zu 2) nunmehr Abweichendes behauptet, trägt er dafür schon nach allgemeinen Grundsätzen die Darlegungs- und Beweislast. Im Ergebnis ist es den Beklagten nicht gelungen, den Senat von der Durchführung des behaupteten "Zwischenschrittes" zu überzeugen.
- 128 Dagegen spricht bereits der Wortlaut des Operationsberichts, der sprachlich und systematisch keine Lücke aufweist, sondern zwanglos die Chronologie des Eingriffs lückenlos schildert oder zumindest schildern könnte. Gegen die Darstellung des Beklagten zu 2) spricht auch der Operationsbericht vom 5.2.2004 soweit es dort heißt:
- 129 *Bereits beim Abwaschen zeigt sich in Außenrotation und Streckstellung eine Subluxation des Hüftgelenks. In der nunmehr anschließenden Narkoseuntersuchung zeigt sich ebenfalls in 10° Außenrotation ( Hervorhebung durch den Senat ) und Streckstellung mit leichter Adduktionsstellung eine Luxationstendenz der Hüfte, ...*
- 130 Die Angabe einer Luxationstendenz bei einer nunmehr beschriebenen Außenrotation von nur 10° lässt sich in keiner Weise mit einer am 14.1.2004 festgestellten - nach den Angaben des Beklagten zu 2) auch noch korrigierten - Außenrotationsstellung von 45° in Übereinstimmung bringen. Eine jetzt gegenüber dem Eingriff vom 14.1.2004 noch einmal deutlich erhöhte Luxationstendenz, womit das Gelenk bereits bei kleinsten Bewegungen luxierte, ist ohne die in der Operation vom 14.1.2004 verbliebene Instabilität nicht nachvollziehbar zu erklären. Zwar sind Gründe denkbar ( z.B. das zwischenzeitlich eingetretene Einsinken des Schaffes ). Diese hält der Sachverständige aber für eine rein theoretische Überlegung, soweit er anhand der Röntgenbilder eine solche Möglichkeit nicht nachhalten konnte. Die Angabe im OP-Bericht über die Revisionsoperation spricht mithin gegen den zu einem besseren Operationsergebnis führenden Zwischenschritt vom 14.1.2004.



- 131 Die Angaben des Beklagten zu 2) passen hinsichtlich der intraoperativen Stabilitätsprüfung im Rahmen des Eingriffs vom 14.1.2004 auch nicht mit den Angaben des Beklagten zu 3) zusammen. Der Beklagte zu 3) hat zur intraoperativen Stabilitätskontrolle lediglich angegeben, dass zur Kontrolle der Außenrotationsstellung der Oberschenkel gedreht wird. Demgegenüber hat der Beklagte zu 2) angegeben, dass das gegenüberliegende Bein abgesenkt und das operierte Bein darüber geschlagen wurde. Anschließend sei das operierte Bein in die andere Richtung bewegt, das Hüftgelenk in eine gebeugte Stellung gebracht und das Knie ebenfalls angewinkelt worden. Das mag die "lehrbuchmäßige" Vorgehensweise beschreiben, lässt sich nur nicht in Übereinstimmung bringen mit den Angaben des Beklagten zu 3). Dieser sprach zudem davon, dass eine bewusste Entscheidung gegen einen Pfannenwechsel getroffen worden sei, wofür keinerlei Veranlassung bestanden hätte, wenn man mit dem vom Beklagten zu 2) dargelegten "Zwischenschritt" einen befriedigenden Sitz der Prothesenkomponenten tatsächlich erreicht hätte.
- 132 Außerdem muss in Rechnung gestellt werden, dass sich der Beklagte zu 2) nach Ablauf von nahezu 16 Jahren genau an diesen nicht dokumentierten Zwischenschritt erinnern will. Der Inhalt der Anhörung des Beklagten zu 2) war für den Senat in diesem Punkt auch deshalb überraschend und nicht glaubhaft, da eine Unvollständigkeit des Operationsberichts von 14.1.2004 in dem Punkt des "Zwischenschritts" im Verlauf des schon mehrere Jahre laufenden Rechtsstreits schriftsätzlich nicht behauptet wurde.
- 133 Gegen den Ablauf des Eingriffs vom 14.1.2004 mit dem "Zwischenschritt" spricht letztlich auch, dass es beim Kläger in der Folge dieses Eingriffs im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang bei alltäglichen Bewegungen zu 2 Luxationen kam (das erste Mal noch im Rahmen stationären Aufenthalts nach dem Eingriff vom 14.1.), was ebenfalls gegen die Annahme spricht, dass am 14.1.2004 ein "besseres Ergebnis" erreicht wurde, als es tatsächlich dokumentiert wurde. Der nunmehr befriedigende Sitz, wie am 14.1.2004 dokumentiert, ist in diesem Zusammenhang ähnlich zu betrachten, wie die "diskrete" Luxationstendenz im Operationsbericht vom 14.1.2004 und die "diskrete" Steilstellung mit einer "diskreten" Anteversionsstellung der Pfanne bei ebenfalls Anteversionsstellung des Prothesenschaftes im Operationsbericht vom 5.2.2004. Nach den Feststellungen des Sachverständigen kann in keinem Fall von "diskret" gesprochen werden. Dementsprechend ist auch die Formulierung "befriedigend" kritisch zu hinterfragen und bringt nach Überzeugung des Senats kein hinnehmbares Ergebnis zum Ausdruck.

- 134 Liegt ein grober Behandlungsfehler vor, ist zu vermuten, dass sich dieser ursächlich auf den primären Körper- und Gesundheitsschaden des Klägers ausgewirkt hat. Es ist dabei nicht erforderlich, dass der grobe Behandlungsfehler die einzige Ursache für den Schaden ist. Es genügt, wenn er generell geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen, wahrscheinlich braucht der Eintritt eines solchen Erfolges nicht zu sein. Eine Umkehr der Beweislast ist nur ausgeschlossen, wenn jeglicher haftungsbegründender Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist ( BGH Urteil vom 13.9.2011 - VI ZR 144/10 - [ z.B. VersR 2011, 1400 ]; Rn. 8 ). Der Sachverständige hat dazu ausgeführt: Zwar könne auch bei einer intraoperativ erfolgten Korrektur der Luxationstendenz unter Erreichen stabiler Verhältnisse nicht ausgeschlossen werden, dass auch ein während der Operation stabil erscheinendes Gelenk später durchaus luxieren und sich deshalb auch dann die Erforderlichkeit zu einer Revisionsoperation ergeben könnte. Die Wahrscheinlichkeit sei allerdings geringer, die Möglichkeit wäre nur mit selten bis sehr selten zu bezeichnen. Vor diesem Hintergrund versucht die Beklagtenseite nicht, den Gegenbeweis zu führen.
- 135 Der Kläger hat durch die Operation vom 14.1.2004 einen Körper- und Gesundheitsschaden erlitten. Den Primärschaden ( BGH Urteil vom 2.7.2013 - VI ZR 554/12 - [ z.B. MDR 2013, 1219 ]; Rn. 16) stellt dabei ( unter Ausklammerung der unter 2. ausgeführten Unwirksamkeit der Einwilligung und des sich daran anschließenden Primärschadens ) im Grundsatz das Unterlassen der Korrektur des erreichten Operationsergebnisses dar, mit den für den Kläger damit verbundenen erhöhten Risiken. Die Beweislastumkehr bezieht sich im Ausgangspunkt nur auf die haftungsbegründende, nicht aber auf die haftungsausfüllende Kausalität. Auf solche sekundären Schäden, die erst durch die in der Folge des Behandlungsfehlers eingetretene Gesundheitsverletzung entstanden sind, bezieht sich die Beweislastumkehr nur dann, wenn der Sekundärschaden eine typische Folge des Primärschadens ist (BGH Urteil vom 5.11.2013 - VI ZR 527/12 - [ z.B. MDR 2014, 154]; Rn. 32). Jedenfalls der Revisionseingriff ist zu diesen typischen Sekundärschäden zu rechnen. Als typischer Folgeschaden ist eine wegen des Behandlungsfehlers erforderliche Nachoperation anzusehen (Saarländisches OLG Saarbrücken Urteil vom 4.2.2015 - 1 U 27/13 - [ ArztR 2015, 295]; Rn. 81).
- 136 Im Rahmen dieses Revisionseingriffs vom 5.2.2004 ist mit mehr als 50% Wahrscheinlichkeit gegenüber einem Eintritt während des Ersteingriffs die Nervenläsion verursacht worden. Die Nervenläsion selbst ist als nicht immer vermeidbare Eingriffsfolge zwar selbst nicht behandlungsfehlerhaft. Die Beklagten müssen sich diese Folge aber im Hinblick auf die fehlende wirksame Einwilligung in den Eingriff vom 14.1.2004 bzw. dessen Behandlungsfehlerhaftigkeit zurechnen lassen. Die Beklagten haften damit dem Grunde nach wegen der fehlenden Einwilligung für den Eingriff vom 14.1.2004 selbst und für sämtliche sich daraus ergebenden Folgen, insbesondere für die Nervenläsion, die als

irreparable Folge im Wesentlichen für die bei Kläger bestehen Beschwerden verantwortlich ist.

- 137 4. Der Senat entscheidet vor Durchführung des Betragsverfahrens nach §§ 304 Abs. 1, 301 Abs. 1 ZPO durch (Teil-) Grund- und Teilurteil. Dem Grundurteil sind nur der Höhe nach summenmäßig beschränkte Ansprüche auf Zahlung von Geld oder auf die Leistung vertretbarer Sachen zugänglich (BGH NJW 2000, 664, 665). Darunter fallen nicht die Feststellungsanträge des Klägers, über die im Zusammenhang mit einem Grundurteil durch Teilurteil entschieden werden muss (BGH NJW 2009, 2814, 2815).
- 138 Der Kläger hat mit Blick auf die drohende Verjährung und den sich weiterhin in der Entwicklung befindlichen Schaden ein rechtliches Interesse an der Feststellung der Schadensersatzpflicht der Beklagten (vgl. § 256 Abs. 1 ZPO). Insoweit hat er auch allen Anlass, mit weiteren bisher nicht absehbaren (immateriellen) Schäden zu rechnen.
- 139 Soweit sich der Feststellungsantrag des Klägers dem Wortlaut nach auf Behandlungsfehler beschränkt, sind damit unter Berücksichtigung des Klagevorbringens auch Fehler bei der Aufklärung und damit die fehlende Einwilligung gemeint. Auch Prozesserklärungen sind auszulegen. Entscheidend ist der objektive, dem Empfänger vernünftigerweise erkennbare Sinn (Zöller/Greger, ZPO, 32. Aufl., vor § 128 Rdn. 25). Der Kläger stützt seine Schadensersatzforderung in erheblichem Umfang auch auf die fehlende Einwilligung des Klägers. Dies entspricht zwar keinem Behandlungsfehler, stellt allerdings einen Fehler in der Behandlung dar. Wenn der Kläger angesichts dessen im Antrag von Behandlungsfehlern spricht, meint er damit ersichtlich auch Fehler, die zu einer unwirksamen Einwilligung führten.
- 140 Erweist sich schon die Behandlung vom 14.1.2004 als rechtswidrig und grob fehlerhaft, kommt den auf die Behandlung vom 5.2.2004 und die Nachbehandlung gerichteten Feststellungsbegehren des Klägers keine selbständige Bedeutung zu, solange keine über die Folgen der ersten Behandlung hinausgehenden Schäden behauptet sind. Die Ersatzpflicht für die Behandlung vom 14.1.2004 umfasst auch die Behandlung vom 5.2.2004 sowie die Nachbehandlung. Für eine Feststellung eigenständiger Ersatzverpflichtungen aus der Operation vom 5.2.2004 oder aus der Nachbehandlung

würde dem Kläger daher das Feststellungsinteresse fehlen. Da der Kläger im Zweifel das anstrebt, was nach den Maßstäben der Rechtsordnung vernünftig ist und seiner recht verstandenen Interessenlage entspricht (vgl. Zöller/Greger a.a.O.) sind die auf den 5.2.2004 und die Nachbehandlung bezogenen Feststellungsanträge des Klägers als Hilfsanträge zu begreifen, über die keine Entscheidung zu treffen ist, solange die Beklagten bereits auf Grund der Behandlung vom 14.1.2004 haften.

- 141 Auch dem Feststellungsantrag zu Ziff. 11 kommt keine selbständige Bedeutung zu, da er bereits vom Antrag zu Ziff. 1. und damit vom Ausspruch des Senats umfasst ist.
- 142 Unbegründet ist die Klage wegen der Verpflichtung der Beklagten, Verdienstaufschlag-, Haushaltsführungsschadens- und Schmerzensgeldrenten regelmäßig oder jährlich an die Inflation anzupassen. Maßgeblich für die Bemessung der Schmerzensgeldrente bzw. des Verdienstaufschlags oder der vermehrten Bedürfnisse ist der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung mit den dann festzustellenden Bemessungskriterien. Eine sich davon lösende Dynamisierung kommt nicht in Betracht (BGH, Urteil vom 03.07.1973, VI ZR 60/72; Palandt/Grüneberg, BGB, 78. Aufl., § 253 Rdn. 21; § 252 Rdn. 5, vor § 249 Rdn. 127).

### III.

- 143 Die nicht nachgelassenen Schriftsätze der Parteien vom 21.11.2019 und 25.11.2019 lagen dem Senat vor und wurden von ihm zur Kenntnis genommen. Sie geben keinen Anlass, die mündliche Verhandlung wieder zu eröffnen (§ 156 Abs. 1 ZPO ggf. i.V.m. § 296a ZPO).
- 144 Die Revision lässt der Senat nicht zu. Die Sache wirft keine entscheidungserheblichen Rechtsfragen grundsätzlicher Bedeutung auf und weder die Fortbildung des Rechts noch die Wahrung der Einheitlichkeit der Rechtsprechung verlangen nach einer Entscheidung des Revisionsgerichts.

145 Krause                      Glinski                      Dr. Tiemann