LG Coburg, Endurteil v. 08.04.2025 – 11 O 595/21

Titel:

Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler, Schmerzensgeld, Risikoerhöhung, Feststellungsanspruch, Verjährung, Befunderhebungsfehler

Schlagworte:

Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler, Schmerzensgeld, Risikoerhöhung, Feststellungsanspruch, Verjährung, Befunderhebungsfehler

Rechtsmittelinstanz:

OLG Bamberg, Urteil vom 15.12.2025 – 4 U 71/25 e

Tenor

1. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin unter Berücksichtigung der Körper- und Gesundheitsschäden, die zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung eingetretenen sind, ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000,00 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.01.2021 zu zahlen.

2. Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche weitere materielle Schäden, die der Klägerin durch die Fehlbehandlung im Juli/August 2018 (nicht indizierte OP wg. CTS und Strecksehnenoperation vom 12.07.2018) entstanden sind oder noch entstehen werden, zu ersetzen.

3. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 2.238,15 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gemäß § 247 BGB seit dem 30.01.2021 zu zahlen.

4. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

5. Die Beklagten haben als Gesamtschuldner die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

6. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 50.000,00 € festgesetzt.

Tatbestand

1
Die Klägerin macht Ansprüche wegen behaupteter ärztlicher Fehlbehandlung im Juli und August 2018 gegen die Beklagten geltend.

2
Die am … geborene Klägerin stellte sich nach einem Sturz am 27.06.2018 auf ihr linkes Handgelenk zur ärztlichen Behandlung in der Chirurgischen Praxisklinik … deren Inhaber der Beklagte zu 1) ist, vor. Der in der Praxis des Beklagten zu 1) angestellte Facharzt für Chirurgie, der Beklagte zu 2), übernahm sodann zunächst – hier nicht streitgegenständlich – als Durchgangsarzt, im weiteren Verlauf als behandelnder Arzt die Behandlung der Klägerin. Er diagnostizierte eine Hand-/Handgelenksprellung links und eine offene Handwunde, die er versorgte, und verordnete der Klägerin eine Handgelenkorthese (MANU-HiT). Eine durchgeführte Röntgenuntersuchung ergab keinen Hinweis auf eine frische knöcherne Läsion.

3
Beim Kontrolltermin am 28.06.2018 war ein über die Ulna verlaufendes Hämatom sichtbar. Die Klägerin berichtete über gelegentliche Sensibilitätsstörungen, ihre periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität (PDMS) zeigten sich weiterhin intakt. Der Beklagte zu 2) empfahl der Klägerin, die Orthese weiterhin zu tragen.

4
Bei einem Kontrolltermin am 02.07.2018 war keine Schwellung mehr sichtbar. Die Klägerin berichtete über einen heftigen Druckschmerz im Bereich des distalen Radius links und schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der linken Hand. Eine deswegen durchgeführte Röntgenuntersuchung ergab den Verdacht auf eine Längsfissur im distalen Radius links und einen etwas vergrößerten scapholunären Abstand. Der Beklagte zu 2) veranlasste zur weiteren Befundabklärung eine kernspintomographische Untersuchung, die am 06.07.2018 durch die Praxis … durchgeführt und beurteilt wurde. Hierbei ergab sich kein Hinweis auf eine Fraktur und eine unauffällige Darstellung des Karpaltunnels (Anlage K3).

5
Im nächsten Kontrolltermin am 09.07.2018 berichtete die Klägerin über starke Beschwerden im linken Daumen seit 06.07.2018. Eine vom Beklagten zu 2) durchgeführte Untersuchung ergab einen Druckschmerz über dem ersten Strecksehnenfach und einen hoch-positiven Finkelstein-Test. Der Beklagte zu 2) nahm eine Analgesie vor und verordnete eine Unterarm-Daumen-Kunststoffrinne links.

6
Beim nächsten Kontrolltermin am 10.07.2018 mit den gleichen Berichten und Untersuchungsergebnissen wie am Vortag diagnostizierte der Beklagte zu 2) eine posttraumatische Tendovaginitis DeQuervain (Sehnenscheidenentzündung) und empfahl zu deren Behandlung eine Operation, die am 12.07.2018 durch den Beklagten zu 2) durchgeführt wurde. Die Aufklärung für die Operation erfolgte am 10.07.2018 mündlich durch den Beklagten zu 2) anhand des als Anlage B8 vorgelegten ProCompliance-Aufklärungsbogens, den die Klägerin am 11.07.2018 unterzeichnete und mit dem sie in die OP einwiliigte.

7
Die Klägerin erschien zu weiteren (Wund-)Kontrollterminen, in denen sie jeweils vom Beklagten zu 2) untersucht und behandelt wurde, am 13.07., 17.07., 24.07. und 31.07.2018. Am 13.07.2018 erschien die Wunde reizlos, es gab keine Blutung. Der Beklagte zu 2) nahm eine Wund-Desinfektion und einen Kompressionsverband vor. Am 17.07.2018 berichtete die Klägerin über zeitweiliges „Elektrisieren“ im Versorgungsgebiet des sens. Radialisastes. Der Beklagte zu 2) nahm eine Wund-Desinfektion und einen Kompressionsverband vor. Am 24.07.2018 berichtete die Klägerin über seit dem 19.07.2018 bestehende Gefühlsstörungen zumindest an den Langfingern. Der Beklagte zu 2) stellte eine Sensibilitätsminderung im Einzugsgebiet des sensitiven Radialis-Astes fest. Er nahm eine Analgesie vor und verordnete eine Handgelenk-Schienen-Bandage.

8
Am 31.07.2018 lagen die Sensibilitätsstörungen noch immer vor. Laut Angaben der Klägerin traten sie jetzt auch tagsüber auf. Der Beklagte zu 2) diagnostizierte den Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom und empfahl der Klägerin zur Behandlung eine Karpaldachspaltung und Neurolyse mittels Operation. Die Aufklärung der Klägerin erfolgte am 31.07.2018 in der Praxis des Beklagten zu 1) durch den Beklagten zu 2) mündlich anhand als Anlage B 10 vorgelegten Aufklärungsbogens, den die Klägerin am 31.07.2018 in der Praxis unterzeichnete und worin sie in die Durchführung der Operation einwilligte. Die Operation fand am 02.08.2018 statt. Postoperative Wundkontrollen erfolgten am 03.08.2018, 07.08.2018 und 14.08.2018. Danach stellte sich die Klägerin nicht mehr in der Praxis des Beklagten zu 1) vor.

9
Die zum Zeitpunkt des Sturzes am 27.06.2018 mit 30 Stunden/Woche als Altenpflegerin tätige Klägerin übte seit dem Sturz ihren Beruf nicht mehr aus. Sie war für eineinhalb Jahre krankgeschrieben und schulte danach auf den Beruf der Praxismanagerin in einer Physio- und Ergotherapie-Praxis um, in der sie derzeit wieder mit 30 Stunden/Woche arbeitet.

10
Die Klägerin forderte die Beklagten durch anwaltliches Schreiben vom 18.12.2020 dazu auf, bis zum 12.01.2021 die Haftung für den von ihr behaupteten Behandlungsfehler anzuerkennen. Auf dieses Schreiben erfolgte keine Reaktion. Auch ein Erinnerungsschreiben vom 26.01.2021 (Eingang bei den Beklagten am 29.01.2021) blieb unbeantwortet.

11
Die Kläger begehrt die Zahlung eines (Teil-)Schmerzensgeldes, die Feststellung der Ersatzpflicht für weitere materielle und immaterielle Schäden sowie vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten für die Geltendmachung

ihrer streitgegenständlichen Schadensersatzansprüche, ausgehend von einem Gegenstandswert in Höhe von 50.000,00 € in Höhe einer 1,6-Geschäftsgebühr zuzüglich Post- und Telekommunikationspauschale und Umsatzsteuer.

12
Die Klägerin behauptet Aufklärungs- und Behandlungsfehler bezüglich zuletzt beider Operationen vom 12.07.2018 und vom 02.08.2018, wobei sie die Behandlungs- und Aufklärungsfehlervorwürfe betreffend die Operation vom 12.07.2018 erstmals mit Schriftsatz vom 19.10.2023 (Bl. 148 ff. d.A.) erhoben hat. Insoweit behauptet sie, dass ihr erst durch die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023 bewusst geworden sei, dass auch die Indikation für den Eingriff vom 12.07.2018 von den Beklagten fehlerhaft zu vorschnell gestellt worden sei.

13
Die Klägerin behauptet, bezüglich der Operation vom 12.07.2018 habe keine Indikation zur OP vorgelegen. Die von den Beklagten zur Rechtfertigung genannten Befunde seien auf die Sturzfolgen zurückzuführen. Die Aufklärungsrüge sei begründet, weil die Klägerin in Kenntnis des Umstandes, dass die Beschwerden mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nur vorübergehend sind, der Durchführung des risikobehafteten Eingriffs vom 12.07.2018 nicht zugestimmt hätte.

14
Bei der Operation der posttraumatischen Tendovaginitis DeQuervain sei, wenn auch nicht behandlungsfehlerhaft, offensichtlich eine iatrogene Irritation des Nervus radialis eingetreten, wodurch sie Gefühlsstörungen an den Fingern erlitten habe. Darüber habe sie dem Beklagten zu 2) bereits am 13.07.2018 in Form eines Kribbelns in den Fingern berichtet. Die Beschwerden hätten sich in der Folgezeit nicht gebessert. Die Klägerin habe u.a. unter Gefühlsstörungen im Bereich der Zeige- und Mittelfinger gelitten, die durch die Vor-OP vom 12.07.2018 erklärbar seien. Bei dem Termin am 17.07.2018 habe der Beklagte zu 2) die Klägerin mit einer Nadel gepiekt und sei mit einem Hilfsmittel mit kleinem Metallrad über die Haut gefahren. Dabei hätten sich erhebliche Auffälligkeiten bei beiden Methoden gezeigt. Die Klägerin habe auch weiterhin über ein Kribbeln in den Fingern berichtet. Bei der Kontrolle am 24.07.2018 habe die Klägerin über Gefühlsstörungen an allen Fingern („Ameisenhaufen“) berichtet. Diese Symptome seien erst nach dem Eingriff vom 12.07.2018 aufgetreten.

15
Die Klägerin behauptet, es habe durch den Befund vom 31.07.2018 weder eine eindeutige Symptomatik eines Karpaltunnelsyndroms vorgelegen, noch habe dieses überhaupt vorgelegen. Vielmehr hätte der Beklagte zu 2) weitere Diagnostik erheben müssen, z.B. eine Messung der Nervenleitgeschwindigkeit. Hätte er dies veranlasst, dann hätte er bemerkt, dass ein Karpaltunnelsyndrom gar nicht vorgelegen hätte. Die Operation sei bereits aus diesen Grund nicht indiziert gewesen. Selbst wenn ein Karpaltunnelsyndrom vorgelegen hätte, wäre die Operation gleichwohl nicht indiziert gewesen, sondern zunächst ein konservatives Vorgehen angezeigt gewesen wie eine längere Ruhigstellung des Handgelenks oder/und Kortison-Infiltration.

16
Zuletzt behauptet die Klägerin des Weiteren, der Beklagte zu 2) habe sie nicht ordnungsgemäß über mögliche Behandlungsalternativen zur Operation und über das deutlich erhöhte Risiko der Entstehung eines chronischen Schmerzsyndroms (CRPS) aufgeklärt.

17
Nach der Operation hätten sich die Beschwerden der Klägerin nicht gebessert. Die Sensibilitätsstörungen am ersten und zweiten Finger (Daumen und Zeigefinger) hätten weiter angehalten. Außerdem habe die Klägerin an einschießenden Schmerzen und starker Berührungsempfindlichkeit gelitten und die linke Hand sei geschwollen gewesen. Der Beklagte zu 2) habe Physiotherapie verordnet, die keine Veränderung gebracht habe.

18
In Folge der fehlerhaften Behandlung(en) durch den Beklagten zu 2) in der Praxis des Beklagten zu 1), die sich zumindest in der Gesamtschau als grob fehlerhaft darstellten, habe die Klägerin ein chronisches Schmerzsyndrom Typ I entwickelt, dieses sei – zumindest auch – auf die beiden unnötigen Eingriffe zurückzuführen. Aufgrund dessen sei bei der Klägerin ein Grad der Behinderung von 30 anerkannt worden.

19
Der Klägerin sei folgender Schaden entstanden:

20
Seit dem Eingriff leide sie unter nicht nur unerheblichen Schmerzen dauerhaft pochender, klopfender, stechender, bisweilen stromschlagartiger Art im Daumen und im Zeigefinger der linken Hand, in der daumenseitigen Hälfte der Hand und an der Narbe am linken Handgelenk, vor allem bei Berührungen und Belastungen, aber auch als Ruheschmerz. Hierdurch sei die Belastbarkeit der gesamten linken Hand deutlich eingeschränkt. Der Faustschluss links sei nicht möglich, weil Daumen und Zeigefinger nicht vollständig gebeugt werden könnten. Der Klägerin fehle immer wieder das Gefühl in der Hand, sodass ihr Gegenstände entglitten. Die Klägerin leide unter erhöhter Schwellneigung der Hand und die Beweglichkeit des linken Handgelenks sei insgesamt deutlich eingeschränkt. Hierdurch nehme sie eine Schonhaltung des linken Armes ein. Sie habe hierdurch Probleme beim Anziehen. Ihr seien OP-Narben verblieben. Infolge der Fehlbehandlung habe sie zwei- bis dreimal pro Woche Krankengymnastik bzw. Ergotherapie über Monate hinweg durchführen müssen. Seit der Behandlung trage sie einen Kompressionshandschuh links. Vorfallsbedingt sei ihre Erwerbsfähigkeit mindestens um 30 % gemindert. Sie habe ihren Beruf als Altenpflegerin aufgeben müssen. Es sei nicht abschließend absehbar, ob und in welchem Ausmaß es zu weitergehenden Beeinträchtigungen kommen werde, der Schaden befinde sich noch in der Entwicklung.

21
Die Klägerin beantragt zuletzt:

1. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin unter Berücksichtigung der Körper- und Gesundheitsschäden, die zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung eingetreten sind, ein angemessenes (Teil-)Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, jedenfalls aber 25.000,00 € beträgt, nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 %-Punkten über Basiszinssatz seit dem 30.01.2021 zu zahlen.

2. Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche weitere materielle Schäden, die der Klägerin durch die Fehlbehandlung im Juli/August 2018 (nicht indizierte OP wegen CTS) entstanden sind oder noch entstehen werden, zu ersetzen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin vorgerichtliche Rechtsanwaltsgebühren in Höhe von 2.238,15 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz gemäß § 247 BGB seit dem 30.01.2021 zu zahlen.

22
Die Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

23
Die Beklagten behaupten, die Behandlung in der chirurgischen Praxisklinik in … im Juli und August sei befundangemessen, sachlich richtig und medizinisch indiziert gewesen. Die Aufklärung der Klägerin sei jeweils ordnungsgemäß erfolgt. Sollten Schäden bei der Klägerin vorhanden sein, stünden sie in keinem kausalen Zusammenhang mit der Behandlung des tatsächlich vorgelegen habenden Karpaltunnelsyndroms.

24
Insbesondere behaupten die Beklagten, beide Operationen seien indiziert gewesen und ordnungsgemäß durchgeführt worden. Bei der Operation vom 12.07.2018 habe es keine iatrogene Irritation des Nervus radialis gegeben. Bei der Kontrolle am 13.07.2018 seien nur geringe Restbeschwerden vorhanden gewesen. Bei der Kontrolle am 17.07.2018 hätten sich Beschwerden bzw. Schmerzen deutlich gebessert. Die vom Beklagten zu 2) durchgeführte Untersuchung habe trotz des von der Klägerin berichteten zeitweiligen „Elektrisierens“ keinen Sensibilitätsausfall ergeben. Am 31.07.2018 habe ein Karpaltunnelsyndrom vorgelegen. Eine weitere Befunderhebung sei nicht erforderlich gewesen, hätte im Übrigen die Diagnose bestätigt. Zur Behandlung des Karpaltunnelsyndroms sei die durchgeführte Operation medizinisch indiziert gewesen. Die Aufklärung sei jeweils ordnungsgemäß gewesen. Bei der Kontrolle am 03.08.2018 hätten nur geringe Restbeschwerden vorgelegen. Bei der Kontrolle am 07.08.2018 hätten sich die präoperativen Beschwerden wesentlich gebessert. Bei der Kontrolle am 14.08.2018 hätten sich die

Wundbeschwerden komplett zurückgebildet, eine Schwellung der linken Hand habe nicht vorgelegen. Die Klägerin habe über noch vorhandenes Elektrisieren der DeQuervain-Narbe mit Sensibilitätsausfall berichtet.

25
Ein auf die Operation vom 12.07.2018 gestützter Schadensersatzanspruch sei verjährt. Die Beklagten erheben insoweit die Einrede der Verjährung.

26
Das Gericht hat die Klägerin und den Beklagten zu 2) in der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023 informatorisch angehört. Wegen des Ergebnisses wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023 (Bl. 125 ff. d.A.) Bezug genommen.

27
Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens des Sachverständigen … gemäß Beweisbeschluss vom 23.02.2022, durch ergänzendes schriftliches Sachverständigengutachten vom 30.09.2024 gemäß Beweisbeschluss vom 17.11.2023 und durch ergänzende mündliche Vernehmung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023 und vom 25.02.2025. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird Bezug genommen auf die schriftlichen Sachverständigengutachten vom 11.02.2023 (Bl. 85 ff. d.A.) und 30.09.2024 (Bl. 181 ff. d.A.) sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023 (Bl. 125 ff. d.A.) und vom 25.02.2025 (Bl. 218 ff. d.A.). Das Gericht hat ferner Beweis erhoben über den aktuellen Zustand der linken Hand der Klägerin durch Inaugenscheinnahme der linken Hand der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023. Wegen des Ergebnisses wird auf das Protokoll vom 22.09.2023 Bezug genommen.

28
Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die wechselseitig eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

29
Die Klage ist zulässig und überwiegend begründet.

I.

30
Die Klage ist zulässig.

31
1. Das Landgericht Coburg ist gem. §§ 71 Abs. 1, 23 Nr. 1 GVG, §§ 12, 17, 32 ZPO sachlich und örtlich zuständig, nachdem die Beklagten zu 1) und zu 2) ihren Sitz jeweils in und damit im hiesigen Bezirk haben und die Behandlung auch hier stattfand.

32
2. Die Klageänderung (Erweiterung des Streitgegenstands um den Vorwurf unzureichender Aufklärung und um die Behandlungsfehlerhaftigkeit der Operation vom 12.07.2018) war gem. §§ 263 Alt. 2, 264 Nr. 2 ZPO zulässig.

33
3. Für den Feststellungsantrag besteht auch das gemäß § 256 ZPO erforderliche Feststellungsinteresse. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist eine Klage auf Feststellung der Verpflichtung zum Ersatz künftiger Schäden zulässig, wenn die Möglichkeit eines Schadenseintritts besteht. Ein Feststellungsinteresse (§ 256 Abs. 1 ZPO) ist nur zu verneinen, wenn aus der Sicht des Geschädigten bei verständiger Würdigung kein Grund gegeben ist, mit dem Eintritt eines Schadens wenigstens zu rechnen (BGH VersR 2001, 876; VersR 2001, 874, 875). Nach diesen Maßstäben kann das Feststellungsinteresse vorliegend nicht verneint werden. Mit Blick auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin und den noch nicht abgeschlossenen Heilungsverlauf ist das gemäß § 256 Abs. 1 ZPO erforderliche Feststellungsinteresse nachgewiesen. Eine zu Beginn des Prozesses zulässige Feststellungsklage wird im Übrigen nicht dadurch unzulässig, dass zwischenzeitlich auf Grund veränderter Verhältnisse eine Leistungsklage möglich wäre (vgl. BGH, VersR 1986, 163).

II.

34
Die Klage erweist sich auch in der Sache als überwiegend begründet.

35
Der Klägerin steht gegen den Beklagten zu 1) aus Vertrag (§ 630a i.V.m. §§ 280 Abs. 1, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB) und gegen beide Beklagte aus unerlaubter Handlung (§§ 823 Abs. 1, 823 Abs. 2, 831, 249, 253 Abs. 2 BGB i.V.m. § 229 StGB) ein Schadensersatz- bzw. Schmerzensgeldanspruch und ein Feststellungsanspruch wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung zu.

36
Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist zur Überzeugung des Gerichts sowohl eine vertragliche Pflichtverletzung als auch eine rechtswidrige Körperverletzung der Beklagten nachgewiesen.

1. Behandlungsfehler

37
Die Klägerin hat gegen die Beklagten Ansprüche wegen einer nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechenden Behandlung bei den Beklagten betreffend beide Operationen.

1.1 Operation vom 12.07.2018

38
Die Operation vom 12.07.2018 war behandlungsfehlerhaft.

39
Nach den Ausführungen des Sachverständigen … im schriftlichen Gutachten vom 30.09.2024 (Bl. 181 ff. d.A.) bestand zum Zeitpunkt der Operation am 12.07.2018 keine medizinische Indikation zur operativen Spaltung und Resektion des 1. Strecksehnenfachs mit Neurolyse des Radialisastes.

40
Der Sachverständige führte aus, dass sich zwar nach der klinischen Untersuchung ein positiver Finkelstein-Test und ein Druckschmerz über dem 1. Strecksehnenfach findet und damit durch den Beklagten zu 2) die richtige Diagnose einer Tendovaginitis de Quervain gestellt wurde. Als Therapie wurde hiernach am 09.07.2018 zunächst korrekterweise eine Daumen-Unterarmschiene zur Ruhigstellung des Daumens und Analgesie verordnet, ohne dass allerdings in den Unterlagen vermerkt wurde, ob ein abschwellendes Analgetikum verordnet wurde. Denn die typische Behandlung nach einem Trauma, wie hier durch den Sturz erfolgt, sei konservativ mit Ruhigstellung und abschwellenden Maßnahmen. Falls es darunter nicht zur Besserung komme, könne eine operative Erweiterung zur Entlastung erfolgen.

41
Zur weiteren Behandlung führte der Sachverständige aus, dass, als einen Tag später, am 10.07.2018 bei neuerlicher Vorstellung immer noch starke Schmerzen über dem ersten Strecksehnenfach, ein hochpositiver Finkelstein-Test und keine Linderung durch Ruhigstellung vermerkt wurden, die gestellte Indikation zur Operation, die gleich am 12.07.2018 durchgeführt wurde, zu früh erfolgte, weil unter Abwägung von Nutzen und Risiko länger als einen Tag abgewartet hätte werden sollen. Dies folge daraus, dass in der Literatur u.a. als Kontraindikation für die Operation angegeben werde, dass keine vorausgegangene konservative Behandlung mit Entlastung, Vermeidung schmerzauslösender Tätigkeit, Ruhigstellung des Handgelenkes und Daumen für 10-14 Tage, Kryotherapie und Salbenverbände erfolgt sei. In einem weiteren, vom Sachverständigen zitierten Artikel über die operative Behandlung betrug die durchschnittliche konservative Behandlungsdauer bei 80 eingeschlossenen Patienten vor der Operation 9 Monate (3-30 Monate).

42
Der Sachverständige führte aus, dass typischerweise bei den letztlich operierten Patienten durch die lang dauernde Überlastung chronische Veränderungen durch Verdickungen des Gewebes vorlägen, die bei traumatisch bedingten Schwellungen, wie hier bei der Klägerin, nicht vorlägen.

43

Es habe im Fall der Klägerin auch nicht die Gefahr bestanden, einen Dauerschaden zu verursachen, wenn man nicht sofort operiere.

44
Vielmehr komme erschwerend hinzu, dass das Risiko für das Auftreten eines chronischen Schmerzsyndroms (CRPS) beim Operieren in akut traumatisiertem Gewebe deutlich erhöht sei.

45
Hieraus folgert der Sachverständige zu dem Zeitpunkt der Operation am 12.07.2018 die fehlende Indikation zur operativen Spaltung des ersten Strecksehnenfaches. In der mündlichen Verhandlung vom 25.02.205 führte der uneidlich vernommene Sachverständige des Weiteren aus, dass dann, wenn der Patient aufgrund extremer Schmerzen extrem darauf dränge, die Operation durchzuführen, man ausnahmsweise von dem im schriftlichen Gutachten zitierten zeitlichen Korridor abweichen könne. Dann müsse man aber den Patienten darauf hinweisen, dass aus Sicht des Behandlers keine Indikation bestehe, dass man aber wegen dieser Schmerzen dennoch operieren könne. Dann müsste man über den Aufklärungsbogen hinaus schriftlich darauf hinweisen, dass es sich um einen Sonderfall handele, bei dem eigentlich zu diesem Zeitpunkt noch keine Operationsindikation besehe, und dass man mit dieser Operation zusätzliche Risiken eingehe.

46
Dass die Klägerin auf eine solche Operation wegen extremer Schmerzen extrem gedrängt habe, wurde aber weder von der Klägerin noch von den Beklagten vorgetragen. Zur Überzeugung des Gerichts liegt daher mangels am 12.07.2018 gegebener Indikation zur Operation ein Behandlungsfehler vor.

47
Nach den Ausführungen des Sachverständigen liegt hingegen kein grober Behandlungsfehler vor, weil die Diagnose zum Einen richtig gestellt wurde und zum Anderen die Operation zur Behandlung der Diagnose grundsätzlich eine geeignete Behandlungsmethode ist, nur nicht zu diesem Zeitpunkt.

48
Das Gutachten ist nachvollziehbar und gut begründet, dem Sachverständigen lagen alle Behandlungsunterlagen und damit alle erforderlichen Informationen zur Beurteilung des Sachverhalts vor. Das Gericht schließt sich den Feststellungen des Sachverständigen in vollem Umfang an.

1.2 Operation vom 02.08.2018

49
Auch die Karpaltunnel-Operation vom 02.08.2018 war nach dem Ergebnis der durchgeführten Beweisaufnahme behandlungsfehlerhaft.

50
Nach den Ausführungen des Sachverständigen … im schriftlichen Gutachten vom 11.02.2023 (Bl. 85 ff. d.A.) bestand zum Zeitpunkt der Operation am 02.08.2018 keine medizinische Indikation zur operativen Spaltung des Karpaldachs.

51
Denn nach den vom Sachverständige zitierten Leitlinien der AWMF in der aktuellen Fassung von 2022 besteht eine Operationsindikation bei anhaltenden sensiblen und/oder motorischen Ausfallerscheinungen wie Beeinträchtigung der Stereoästhesie und Nachlassen der Abduktions- und Oppositionskraft des Daumens bzw. einer Thenaratrophie sowie bei relevanten, den Patienten beeinträchtigenden oder durch konservative Behandlung nicht gebesserten, insbesondere schmerzhaften Parästhesien. In der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023 (Bl. 125 ff. d.A.) erläuterte der Sachverständige, dass die im schriftlichen Gutachten in Bezug genommenen Leitlinien zur Behandlung von Karpaltunnelsyndromen auch schon zum Zeitpunkt der Operation in abgeänderter Form vorhanden gewesen seien, die letzten vor der Bearbeitung im Jahr 2022 stammten aus dem Jahr 2013. In den Leitlinien aus 2022 seien vier neue Punkte dazugekommen, die aber nicht die streitgegenständliche Indikationsstellung betreffen. An den grundlegenden Dingen der Indikationsstellung, wie sie in den Leitlinien 2013 schon enthalten seien, habe sich durch die Bearbeitung im Jahr 2022 nichts geändert.

52
Im vorliegenden Fall bestanden vor dem Sturz vom 27.06.2018 laut Aktenlage nach den Ausführungen des Sachverständigen allerdings keine karpaltunnelsyndromartigen Beschwerden.

53
Am 24.07.2018 werden hiernach erstmalige nächtliche Parästhesien an den Langfingern erwähnt, wobei nicht dokumentiert ist, welche betroffen sind, welche seit dem 19.07.2018 bestünden.

54
Am 31.07.2018 ist hiernach in der Krankenakte dokumentiert, dass weiter Sensibilitätsstörungen an den Langfingern bestehen, wobei auch hier nicht dokumentiert ist, welche betroffen sind.

55
Bereits 14 Tage nach Auftreten der ersten Symptome erfolgte die Operation in Sinne einer Karpaldachspaltung.

56
An konservativer Therapie war eine Schienenruhigstellung sowie Analgesie erfolgt, wobei laut Akte die Schienenruhigstellung mittels einer Handgelenkschienen-Bandage, aber nicht mit einer spezifischen Karpaltunnel-Nacht-Lagerungsschiene erfolgte und bezüglich der Analgesie wiederum nicht dokumentiert ist, ob hierfür ein abschwellendes, nichtsteroidales Antirheumatikum verwendet wurde.

57
Der Sachverständige führte ferner aus, dass zusätzlich zu dem Sturz die Spaltung des ersten Strecksehnenfaches an der linken Hand am 12.07.2018 durchgeführt war. Dies seien Ereignisse, die mit einer vorübergehenden Schwellung im Handgelenk einhergehen können, die Symptome eines Karpaltunnelsyndroms hervorrufen kann. Diese Schwellung gehe jedoch im Rahmen des physiologischen Heilungsprozesses von allein oder mit Unterstützung von Schienen und NSAR zurück.

58
Als besondere Indikation für die Karpaldachspaltung werde in den Leitlinien auch ein Trauma erwähnt, nämlich Radiusfraktur, Handwurzelluxation, posttraumatische Handgelenksarthrose mit Osteophyten, Einblutung. Keines dieser Traumata lag im vorliegenden Fall vor. Vielmehr war sogar am 06.07.2018 eine Kernspintomographie des linken Handgelenkes durchgeführt worden, bei der sämtliche dieser Diagnosen und insbesondere eine Einblutung oder ödematöse Schwellung oder tenosynovitische Flüssigkeitseinlagerung ausgeschlossen werden konnten. Aus diesem Grund bestand aufgrund der kurzen Zeitspanne zwischen Auftreten der ersten Symptome und insbesondere dem stattgehabten Trauma ohne in der Bildgebung sichtbare Raumforderungen keine medizinische Indikation zur operativen Spaltung des Karpaldachs am 02.08.2018.

59
Bezüglich der streitigen Frage, ob ein Karpaltunnelsyndrom zu diesem Zeitpunkt gar nicht vorlag, führte der Sachverständige aus, dass das Karpaltunnelsyndrom zunächst eine klinische Diagnose aufgrund von Anamnese und typischen klinischen Befunden sei. Die von der Patienten geschilderten Parästhesien würden zu einem Karpaltunnelsyndrom passen, falls sie in den Fingern 1-3 oder am radialen Ringfinger aufgetreten seien. Eine Kernspintomographie könne Raumforderungen, Entzündungen oder auch fortgeschrittene Nervenveränderungen nachweisen, die mit einem Karpaltunnelsyndrom einhergehen, müsse es aber nicht. Auch bei weitgehend unauffälliger Kernspintomographie könne ein symptomatisches Karpaltunnelsyndrom bestehen. Das hier unauffällige Kernspintomogramm schließe ein symptomatisches Karpaltunnelsyndrom daher nicht aus.

60
Der Sachverständige erläuterte weiter, dass zwar im Normalfall die Spaltung des Karpaldaches ein sehr risikoarmer Eingriff sei, der jedoch immer mit einer Traumatisierung der Strukturen und einer gewissen Einblutung verbunden sei. Liege jedoch wie hier eine verletzungsbedingte Vorschädigung mit Schwellung und Schmerzen im Vorfeld vor, sei die Gefahr für die Entstehung eines CRPS besonders erhöht, daher wäre eine Fortführung der konservativen Maßnahmen medizinisch angezeigt gewesen.

61
Der Sachverständige führte zur zeitlichen Abfolge der Ereignisse aus, dass dann, wenn man wie vorliegend einen Sturz mit einer Prellung habe, es zum Anschwellen komme. Im Körper gebe es Engstellen wie z.B. das erste Strecksehnenfach oder den Karpaltunnel. Wenn es zu einer Schwellung u.a. aufgrund eines Traumas wie dem hier vorliegenden Sturz komme, dann werde das an den Engstellen zu eng und verursache Schmerzen. OP-Indikationen stellten sich dabei in der Regel extrem selten als Notfall dar. Es

stelle sich immer die Frage, wieviel Zeit einem Patienten gegeben werde, bevor man von der konservativen Therapie zur OP wechsle. Es gebe Patienten, häufiger Frauen als Männer, die auf Traumata und folgende Operationen mit einem CRPS reagieren können. Man müsse da sehr vorsichtig sein und überlegen, wieviel man einem Patienten an Traumata zumute. Hier habe es in relativ kurzer Zeit mehrere Traumata gegeben, einmal durch den Sturz und dann die zwei nachfolgenden Operationen. Daher sei es aus seiner Sicht zu kurzfristig gewesen, die Karpaltunnel-Operation durchzuführen, ohne echte Not und ohne dass eine reine Karpaltunnelsymptomatik bestand. Die Schwellung hätte man auch anders behandeln und abwarten können. Aus der Dokumentation gehe nicht hervor, dass eine gute konservative Therapie vor der OP versucht worden sei und auch nicht, dass abschwellende Maßnahmen, wie beispielsweise die Gabe von Kortison, Nurofen oder Voltaren ergriffen wurden.

62
Solches wurde im Übrigen auch von den Beklagten nicht behauptet.

63
Aus den Karteikarten in Anlage B 3 ergebe sich nach dem Sachverständigen, dass am 09.07.2018 eine Unterarm-Daumen-Kunststoffrinne verordnet worden sei und am 24.07. sei eine Handgelenk-Schienen-Bandage notiert. Wenn man unter Berücksichtigung der Angaben der Parteien zu der Betroffenheit welcher Finger im Rahmen informatorischer Anhörung der Parteien unterstellt, dass alle fünf Finger von der Parästhesie betroffen waren, dann biete das einen Hinweis darauf, dass die Hand so geschwollen sei, dass alle Nerven betroffen sind und nicht nur ein Karpaltunnelsyndrom die Ursache hierfür sein muss. Deswegen und auch angesichts der Kürze der vorliegenden Schwellungen bis zur Operation habe es einer besonderen Sorgfalt betreffend die Diagnostik bedurft. Zwar müsse man die zusätzliche Diagnostik durch elektrophysiologische Messung nicht grundsätzlich machen, insbesondere nicht bei älteren Patienten, die schon seit Monaten Karpaltunnelsyndrome aufwiesen. Im vorliegenden besonderen Fall und der zeitlich sehr knappen Situation und aufgrund des Umstandes, dass hier auch kein Notfall vorlag, werde eine zusätzliche Bestätigung benötigt, die durch die elektrophysiologische Messung hätte erfolgen können.

64
Daher sehe er die Unterlassung dieser Messung als Diagnostikfehler, aber nicht als groben Fehler. Ein positives Ergebnis der elektrophysiologischen Messung dahingehend, dass die Nervenleitgeschwindigkeit auf Null herabgesetzt gewesen wäre und der Nerv gedroht hätte abzusterben, hätte eine OP-Indikation gegeben. Ein negatives Ergebnis hätte zwar nicht ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen, aber jedenfalls die Dringlichkeit einer Operation nicht bestätigt. Es handele sich jedoch nicht um eine gebotene diagnostische Maßnahme mit der Folge, dass das Unterlassen in diesem Fall einen groben Befunderhebungsfehler darstelle. Ob diese Maßnahme mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein medizinisch positives und deshalb aus medizinischer Sicht reaktionspflichtiges Ergebnis zur Folge gehabt hätte, sei im Nachhinein nicht zu beantworten.

65
Der Sachverständige führte weiter aus, dass ein grober Behandlungsfehler hier zu verneinen sei, da bei der Patientin karpaltunnelsyndromtypische Symptome vorlagen, eine mehrfache Aufklärung erfolgt war, laut Karteikarteneintrag ein massiver Leidensdruck bestand und in der schriftlichen Aufklärung Behandlungsalternativen markiert seien.

66
Das Gericht schließt sich den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen auch insoweit an. Hiernach liegt ein Behandlungsfehler in Form der fehlenden Operationsindikation vor und ein einfacher Befunderhebungsfehler in Form der hier erforderlichen aber nicht durchgeführten elektrophysiologischen Messung im Vorfeld der Operationsindikationsstellung, der vom Sachverständigen als Diagnostikfehler bezeichnet wurde. Denn ein Befunderhebungsfehler ist gegeben, wenn die Erhebung medizinisch gebotener Befunde unterlassen oder nicht veranlasst wird. Im Unterschied dazu liegt ein Diagnoseirrtum vor, wenn der Arzt erhobene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert und deshalb nicht die aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs gebotenen – therapeutischen oder diagnostischen – Maßnahmen ergreift (BGH NJW 2016, 1447; NJW 2020, 2467). Ein Diagnoseirrtum setzt aber voraus, dass der Arzt die medizinisch notwendigen Befunde überhaupt erhoben hat, um sich eine ausreichende Basis für die Einordnung der Krankheitssymptome zu verschaffen. Hat dagegen die unrichtige diagnostische Einstufung einer Erkrankung ihren Grund bereits darin, dass der Arzt die nach dem medizinischen Standard

gebotenen Untersuchungen erst gar nicht veranlasst hat, er mithin aufgrund unzureichender Untersuchungen vorschnell zu einer Diagnose gelangt, ohne diese durch die medizinisch gebotenen Befunderhebungen abzuklären, dann ist dem Arzt ein Befunderhebungsfehler vorzuwerfen. Denn bei einer solchen Sachlage geht es im Kern nicht um die Fehlinterpretation von Befunden, sondern um deren Nichterhebung (BGH NJW 2016, 1447; NJW 2020, 2467). So ist es hier bezüglich der Nichtdurchführung der elektrophysiologischen Messung.

2. Aufklärungsfehler

67
Der Klägerin stehen ferner Ansprüche aus einer nicht ordnungsgemäßen Aufklärung bezüglich beider Operationen zu.

68
2.1 Eine ordnungsgemäße Aufklärung setzt zunächst eine Erläuterung der Art der konkreten Behandlung und der Tragweite des Eingriffs voraus (Behandlungsaufklärung), wobei der Arzt dem Patienten auch Kenntnis von Behandlungsalternativen verschaffen muss, sofern die zur Wahl stehenden therapeutischen Verfahren einigermaßen gleiche Erfolgschancen bieten und zu jeweils wesentlich unterschiedlichen Belastungen und Risiken führen (Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 8. Aufl. 2022, Rn. C 18 ff.).

69
Weiterhin erstreckt sich die Aufklärungspflicht auf die im großen und ganzen bestehenden, dem Eingriff spezifisch anhaftenden Risiken einer ordnungsgemäßen Behandlung (Risikoaufklärung).

70
Der Umfang der Aufklärung hängt vom Einzelfall ab und wird durch den Bildungsgrad des Patienten und seiner Sachkunde mitbestimmt. Maßgeblich ist, dass der Patient das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite des ärztlichen Eingriffs in seinen Grundzügen erkennen kann (Palandt, BGB, 71. Auflage, § 823 Rn. 154).

71
2.2 Unter Anwendung der genannten Grundsätze sind die beschriebenen Anforderungen im vorliegenden Fall bezüglich beider Operationen nicht erfüllt worden. Dies steht zur Überzeugung des Gerichts fest aufgrund der eigenen Angaben der Klägerin und des Beklagten zu 2) im Rahmen der informatorischen Anhörung am 22.09.2023 sowie der Ausführungen des Sachverständigen … im Rahmen seiner Vernehmung im Termin am 22.09.2023 und am 25.02.2025 und im schriftlichen Gutachten vom 30.09.2024.

72
a) Bezüglich der Aufklärung im Vorfeld der Operation vom 12.07.2018 führte der Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten vom 30.09.2024 aus, dass die Aufklärung für die Strecksehnenfachspaltung am 10.07.2018 mittels eines standardisierten proCompliance Aufklärungsbogens erfolgte. Hier stehen gedruckt auch andere Behandlungsmethoden mit dem Zusatz, dass diese bei Sehnenscheidenenge nicht dauerhaft seien. Als Komplikation stehe gedruckt auch die Gefahr eines CRPS in dem Aufklärungsbogen. Eine besondere handschriftliche Markierung der Risiken als Hinweis auf eine dezidierte Besprechung erfolgte nicht.

73
Unter der Rubrik „ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch“ wäre nach den Ausführungen des Sachverständigen ein Hinweis auf die sehr kurzfristige Sonderindikation ohne konservativen Versuch und auch das erhöhte Risiko für ein CRPS in diesem Fall erforderlich gewesen, falls kein anderweitiger Beweis für das Aufklärungsgespräch bestehe. Aus der Akte gehe es nicht hervor. Daher erscheine die Aufklärung unter den besonderen Umständen nicht ordnungsgemäß.

74
In der mündlichen Verhandlung vom 25.02.2025 erläuterte der Sachverständige ferner, dass dann, wenn ein Patient aufgrund extremer Schmerzen extrem darauf dränge, die Operation durchzuführen, man ausnahmsweise von diesem Korridor des zeitlichen Abwartens abweichen könne, dass man dann aber den Patienten darauf hinweisen muss, dass aus Sicht des Behandlers keine Indikation bestehe, dass man aber wegen dieser Schmerzen dennoch operieren könne. Dann müsste man über den Aufklärungsbogen hinaus schriftlich darauf hinweisen, dass es sich um einen Sonderfall handele, bei dem eigentlich zu diesem

Zeitpunkt noch keine Operationsindikation bestehe und dass man mit dieser Operation zusätzliche Risiken eingehe, womit man den Patienten an der Verantwortung mit teilhaben lassen und mit dessen Zustimmung auch operieren könne. Darüber hinaus führte der Sachverständige aus, dass es bestimmte Risikofaktoren gebe, über die aufzuklären sei, wozu bereits das weibliche Geschlecht gehöre, denn Frauen haben ein deutlich erhöhtes Risiko an CRPS zu erkranken als Männer. Ferner gehe es um die wesentliche Risikosteigerung bezüglich der Entwicklung eines CRPS durch Operationen in frische Traumata, über die aufzuklären sei.

75
Dass von dem Beklagten zu 2) über die im Aufklärungsbogen Anlage B 8 vorgelegte Aufklärung nicht weiter, wie von Sachverständigen gefordert, gesondert bzw. individuell mit Verweis auf die besondere Situation aufgeklärt wurde, ist zwischen den Parteien unstreitig. Unter Zugrundelegung der Ausführungen des Sachverständigen, denen sich das Gericht auch insoweit anschließt, liegt daher bezüglich der Operation vom 12.07.2018 sowohl ein Fehler in der Risikoaufklärung als auch ein Fehler in der Behandlungsalternativen-Aufklärung vor, der zur Unwirksamkeit der erteilten Einwilligung in die OP und damit zur Rechtswidrigkeit der durchgeführten Operation führt.

76
b) Aber auch die Aufklärung im Vorfeld der Karpaltunneloperation vom 02.08.2018 war behandlungsfehlerhaft.

77
Dies ergibt sich aus dem Vorbringen der Parteien im Rahmen informatorischer Anhörung vom 22.09.2023 und deren Würdigung durch den Sachverständigen im schriftlichen Gutachten und in der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023.

78
Der Beklagte zu 2) erklärte, dass er sich an den genauen Wortlaut der Aufklärung der Klägerin nicht mehr erinnern könne, dass er aber grundsätzlich nach dem gleichen Muster bei diesen Fällen aufkläre, und zwar getrennt nach Fall. Bei einem Patienten mit Vorverletzungen wie der Klägerin kläre er dahingehend auf, dass die Wahrscheinlichkeit einer schneller und nachhaltigen Besserung geringer sei als bei einem nicht vorgeschädigten Patienten. Diese Aufklärung betreffe die Erfolgsaussichten der OP. Wenn er nach der Risikoaufklärung gefragt werde, so kläre er beispielsweise nicht traumatisierte Patienten anders auf als traumatisierte Patienten. Dieser unterscheide sich je nach Patient und je nach den Vorerkrankungen. An den konkreten Wortlaut der Risikoaufklärung der Klägerin könne er sich nicht erinnern. Wenn Patienten zu ihm kämen, die beispielsweise eine Radius- oder Mittelhandfraktur erlitten haben, weise er darauf hin, dass bei einem erlittenen Trauma eine andere Situation bestehe als bei einem sich über Jahre hinweg entwickelnden Karpaltunnelsyndrom und dass ein erhöhtes Risiko bestehe für Komplikationen, einen Nervenschaden oder bleibende Schmerzsyndrome. Die Klägerin falle in dieses Muster an Patienten und er gehe davon aus, dass er sie deswegen so aufgeklärt habe wie gerade beschrieben. Den als Anlage B 10 vorgelegten Aufklärungsbogen übergebe er dem Patienten, bitte diesen, ihn sich durchzulesen und die Fragen sorgfältig auszufüllen, ihn zu unterschreiben und er weise noch darauf hin, dass, falls noch Fragen bestehen, sie diese besprechen können. Wie es konkret im Fall der Klägerin war, daran könne er sich nicht erinnern. Auf die Möglichkeit eines CRPS weise er nicht hin und habe er sicher auch bei der Klägerin nicht hingewiesen, weil er dann erst mal erklären müsse, was das bedeute. Er weise auf die Möglichkeit postoperativ persistierender Schmerzen und Sensibilitätsstörungen hin, aber das Wort CRPS sei nicht gefallen. Dieses befinde sich im schriftlichen Aufklärungsbogen. Wenn ein Patient nachfrage, was ein CRPS sei, verweise er auf die Recherchemöglichkeiten im Internet, weil dies die Möglichkeiten der Praxishandhabung sprenge. Er versuche es einfach zu erklären dahingehend, dass es ein Reflex sei, der Nerven und Gefäße in ihrer Funktion beeinträchtigen könne und in seiner Ausprägung von ganz leicht bis zu ganz schwer dimensioniert sein könne. Im vorliegenden Fall habe auch seiner Einschätzung nach ein erhöhtes Risiko für die Entstehung eines CRPS angesichts der Vorschädigungen der Klägerin bestanden. Das Wort CRPS habe er nicht verwendet in ihrer Aufklärung. Sehr wahrscheinlich habe er erklärt, dass ein erhöhtes Risiko für postoperativ länger anhaltende Schmerzen und möglicherweise ein chronischer Schaden resultieren könne. Um was für einen möglichen Schaden es sich handeln könne, das habe er sicher nicht angesprochen, das würde den Rahmen der Aufklärung sprengen. Auf Frage nach einem Hinweis an die Klägerin auf die Durchführung einer elektrophysiologischen Messung vor der OP gab der Beklagte zu 2) an, sich an das konkrete Gespräch nicht erinnern zu können. Üblicherweise und oft sage er

den Patienten, dass man das machen könne, dass aber bis dahin die Beschwerden weiter bestünden und dass man bei einem negativen Ergebnis auch nicht wisse, ob ein Karpaltunnelsyndrom vorliege oder nicht. Auf Frage zur Aufklärung über konservative Behandlungsmöglichkeiten erklärte der Beklagte zu 2), dass die Klägerin eine Schiene hatte, die einmal gewechselt wurde, zuerst habe die Strecksehne im Vordergrund gestanden, dann die Karpaltunnelsymptomatik. Im Allgemeinen weise er darauf hin, dass man das machen könne, dass das seiner Erfahrung nach aber nichts bringen werde, nicht nachhaltig was bringen werde, weil die Beschwerden wieder kommen werden, wobei er mit „das“ Nachtschienenruhigstellung und Antiphlogistika meine.

79
Die Klägerin gab im Rahmen informatorischer Anhörung an, dass sie sich nicht ganz genau an das Gespräch mit dem Beklagten zu 2) erinnern könne. Sie wisse noch, dass sie den Bogen in seinem Büro ausgefüllt habe vor Ort, der Beklagte zu 2) sei in der Zeit kurz raus gegangen. Als er sie mündlich aufgeklärt habe, habe sie ehrlicherweise den Bogen nicht noch einmal durchgelesen. Sie habe die Fragen beantwortet und ihn unterschrieben und in der Praxis gleich dort gelassen. An den Wortlaut der mündlichen Aufklärung habe sie keine genaue Erinnerung. Sie sei sich aber sicher, dass der Beklagte zu 2) nicht gesagt habe, dass sie eventuell einen Dauerschaden davon behalten würde von der Operation. Wenn sie das gewusst hätte, hätte sie sich nicht operieren lassen, ebenso wenn sie gewusst hätte, dass es Alternativen gegeben hätte. Das habe sie erst durch den Nachfolgebehandler erfahren. Ein erhöhtes Risiko für eine dauerhafte Schmerzbelastung sei nicht thematisiert worden. Sie sei sich sicher über das, was nicht gesagt wurde, weil sie sich nicht zusätzlichen Schaden und zusätzliche Schmerzen zu den bereits bestehenden Schmerzen zugefügt hätte. Wenn ihr gesagt worden wäre, dass sie aus der ohnehin risikobehafteten Narkose mit möglicherweise noch größeren Schmerzen aufwache, dann hätte sie das sicher nicht gemacht.

80
Der Sachverständige führte hierzu aus, dass das Risiko für diese spezielle Komplikation, d.h. das CRPS als eigenständiges Krankheitsbild, deutlich erhöht sei. Darüber müsse auf jeden Fall aufgeklärt werden, zumal hier keine Gefahr in Verzug bestanden habe. Außerdem müssen Behandlungsalternativen schon bei einer „normalen“ Karpaltunnel-OP erwähnt werden und besonders im speziellen Fall, wo möglicherweise die Karpaltunnelsymptome nur vorübergehend da seien, müsse darüber auch aufgeklärt werden. Aus der hier vorliegenden schriftlichen Aufklärung gehe nicht hervor, dass das erhöhte Risiko einer CRPS erwähnt und ausdrücklich gegenüber der Patientin klargestellt werde. Wenn man die Angaben des Beklagten zu 2) über üblicherweise durchgeführte Aufklärungen in ähnlichen Fällen wie dem der Klägerin zu Grunde legen würde, dann wäre die angegebene Aufklärung über die mögliche Neuentstehung oder den Verbleib von chronischen Schmerzen, wenn die Patienten das versteht und die Aufklärung in ausreichender Drastik erfolgt, ausreichend. Zumindest die ausreichende Drastik wäre hier aber zu verneinen. Unter Zugrundelegung der Angaben des Beklagten zu 2) zu Behandlungsalternativen mag diese Aufklärung bei Patienten mit verdicktem Gewebe nach den Ausführungen des Sachverständigen ausreichend und richtig sein. Bei einer Patientin wie der Klägerin aber wäre die Aufklärung durchzuführen gewesen, dass es sich wahrscheinlich um vorübergehende Beschwerden gehandelt hat. Unter Zugrundelegung der Angaben des Beklagten zu 2) wäre die Aufklärung nicht ausreichend.

81
Das Gericht schließt sich auch den Ausführungen des Sachverständigen insoweit an. Hiernach lag auch bezüglich der Aufklärung im Vorfeld der Karpaltunneloperation eine fehlerhafte Risiko- und Behandlungsalternativen-Aufklärung vor, die zur Unwirksamkeit der Einwilligung zur Operation und damit zu deren Rechtswidrigkeit führt.

3. Folgen/Kausalität

82
Die Beklagten sind damit der Klägerin grundsätzlich zum Ersatz des Schadens verpflichtet, die auf die Behandlungs- und Aufklärungsfehler zurückzuführen sind.

83
3.1 Dies betrifft zunächst die beiden Operationen vom 12.07.2018 und 02.08.2018 als solche. Denn wären sie mangels Indikation unterblieben, hätte sich die Klägerin beiden operativen Eingriffen an ihrer Hand nicht unterzogen. Wäre sie ordnungsgemäß über Behandlungsalternativen und Risiken aufgeklärt worden, hätte

sie nach ihren Angaben die Operationen auch nicht durchführen lassen. Dies entspricht auch der Lebenserfahrung.

84
3.2 Unmittelbare Folge der Karpaltunneloperation und damit auch kausal auf die Behandlungsfehler der Beklagten zurückzuführen ist auch die vom Sachverständigen im Gutachten vom 11.02.2023 festgestellte 3 cm lange Narbe am palmaren Handgelenk.

85
3.3 Nicht nachgewiesen hat die Klägerin die behauptete wesentlich erhöhte Schwellneigung der Hand oder die behaupteten Einschränkungen beim Anziehen von Kleidungsstücken. Keine dieser Behauptungen konnte vom Sachverständigen im Gutachten vom 11.02.2023 festgestellt werden.

86
3.4 Nicht zur Überzeugung des Gerichts gemäß § 286 ZPO nachgewiesen wurden ferner die Verursachung des vom Sachverständigen als solches festgestellten chronischen Schmerzsyndroms als Primärschaden mit den hierdurch verursachten weiteren schmerzbedingten Einschränkungen der Klägerin im Alltag und der MdE von maximal 15 % als Folge der Behandlungs- bzw. Aufklärungsfehler als Sekundärschäden.

87
Denn der Sachverständige hat insoweit ausgeführt, dass zwar die Durchführung jeweils beider Operationen und auch beider Operationen in der Zusammenschau im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem ursprünglichen Sturz das Risiko für die Entwicklung eines CRPS erhöht waren, er konnte es aber nicht ausschließen, dass das CRPS auch auf andere Ursachen als auf beide oder eine der beiden Operationen zurückzuführen seien. Auch wenn es sehr selten sei, könne es nicht ausgeschlossen werden, dass das CRPS auch schon auf den Sturz der Klägerin zurückzuführen sei. Auch bezüglich der weiteren Ausführungen im schriftlichen Gutachten auf Seiten 10 und 11, dass die Belastbarkeit der gesamten linken Hand bei der Klägerin deutlich eingeschränkt sei etc. und die Beweglichkeit des linken Handgelenks deutlich eingeschränkt sei und es hierdurch auch zu Beeinträchtigungen im Alltag der Klägerin komme, sei es so, dass nicht zu 100 % ausgeschlossen werden könne, dass dies auf anderen Ursachen als der OP vom 02.08. oder 12.07.2018 beruhen. Es sei wahrscheinlich, dass die Problematik getriggert worden sei durch die zweite streitgegenständliche Operation, den Anteil könne er aber nicht bemessen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die ursprüngliche Prellung ursächlich für das CRPS und die weiteren Folgen sei, würde er hier mit 1 % bemessen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die erste Operation hierfür ursächlich sei, sei höher, ohne dass er den Grad der Wahrscheinlichkeit bemessen könne. Durch die zweite Operation sei das Risiko für die Entstehung des CRPS und die weiteren Folgen stark erhöht worden, aber auch ohne dass er den Grad der Wahrscheinlichkeit bemessen könne.

88
Soweit daher der Sachverständige im schriftlichen Gutachten vom 11.02.2023 ausgeführt hat, dass die Klägerin im weiteren Verlauf ein CRPS entwickelt hat, unter nicht unerheblichen Schmerzen leidet, die sich als dauerhaft pochende, klopfende, stechende, bisweilen stromschlagartige Schmerzen in Daumen und Zeigefinger, in der daumenseitigen Hälfte der Hand und an der Narbe am linken Handgelenk darstellen und die vor allem bei Berührungen und Belastungen auftreten, dass die Klägerin unter einem nicht unerheblichen Ruheschmerz leidet, hierdurch die Belastbarkeit der gesamten linken Hand deutlich eingeschränkt ist, insbesondere kein Faustschluss möglich ist und dass der Klägerin immer wieder das Gefühl in der Hand fehlt, sodass ihr Gegenstände entgleiten, dass die Beweglichkeit des linken Handgelenks in der Palmar- und Dorsalflexion vor allem schmerzbedingt deutlich eingeschränkt sei, dass die Klägerin im Alltag beeinträchtigt sei und eine Schonhaltung des linken Arms immer wieder einnehme und dass bei der Klägerin eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von maximal 15 % bestehe, liegt nach dem Ergebnis des Gutachtens, dem das Gericht auch insoweit folgt, keine nachweisbare Kausalität auf die Behandlungsfehler durch die Beklagten vor.

89
Der festgestellte Befunderhebungsfehler in Form der unterbliebenen elektrophysiologischen Messung führt nicht zu einer Umkehr der Beweislast. Denn die gebotene Befunderhebung hätte wie ausgeführt nach den Feststellungen des Sachverständigen nicht wie hierzu erforderlich, § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein aus medizinischer Sicht reaktionspflichtiges Ergebnis zur Folge gehabt.

90
Mangels des Vorliegens grober Behandlungsfehler i.S.d. § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB kommt der Klägerin auch insoweit keine Beweislastumkehr zugute.

91
Selbst wenn man die Entwicklung des CRPS nicht als Primärschaden, sondern Sekundärschaden im Bereich der haftungsausfüllenden Kausalität ansähe, könnte unter Anwendung des § 287 ZPO angesichts der vom Sachverständigen bejahten Möglichkeit eines anderen Kausalzusammenhangs die Ursächlichkeit einer bzw. beider Operationen für die Entstehung des CRPS und dessen Folgen nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit bejaht werden (vgl. BGH, Urteil vom 04.11.2003, NJW 2004, 777; OLG Hamm, Urteil vom 05.11.2013, BeckRS 2014, 2148).

92
3.5 Nach den zitierten Ausführungen des Sachverständigen ist allerdings davon auszugehen, dass die Behandlungsfehler und die Aufklärungsfehler und die daraufhin durchgeführten Operationen jeweils zu einer Risikoerhöhung für die Entstehung des chronischen Schmerzsyndroms geführt haben, wobei die Fehler im Zusammenhang mit der zweiten Operation das Risiko nochmals, d.h. nach der ersten Risikoerhöhung durch die erste Operation, stark erhöht haben. So hat es der Sachverständige mündlich im Rahmen seiner Vernehmung in der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023 und vom 25.02.2025 dargelegt, wobei sich das Gericht den Feststellungen des Sachverständigen auch insoweit anschließt. Im Hinblick auf die jeweilige Risikoerhöhung zur Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms – welches die Klägerin inzwischen tatsächlich entwickelt hat – ist von einer Kausalität auszugehen. Diese zweimalige Risikoerhöhung stellt den kausal auf die Behandlungsfehler zurückzuführenden Schaden dar (insoweit anders als in dem durch das OLG Hamm, BeckRS 2014, 2148, entschiedenen Verfahren).

4. Schmerzensgeld

93
Der Klägerin steht ein angemessenes Schmerzensgeld gemäß § 253 BGB zu.

94
Der Anspruch auf Schmerzensgeld ist nach der grundsätzlichen Entscheidung des BGH (BGH Z18, 149 ff) kein gewöhnlicher Schadensersatzanspruch, sondern ein Anspruch eigener Art mit einer doppelten Funktion. Er soll dem Geschädigten einerseits einen angemessenen Ausgleich für diejenigen Schäden bieten, die nicht vermögensrechtlicher Art sind, und andererseits – wenngleich weniger bedeutsam – dem Gedanken Rechnung tragen, dass der Schädiger dem Geschädigten Genugtuung schuldet für das, was er ihm angetan hat. Bei der Festsetzung dieser billigen Entscheidung dürfen und müssen grundsätzlich alle in Betracht kommenden Umstände des Falles berücksichtigt werden, beispielsweise der Grad des Verschuldens des Verpflichteten, die wirtschaftlichen Verhältnisse beider Teile, die Dauer und Intensität der Schmerzen des Geschädigten.

95
Hier ist zu berücksichtigen, dass beide durchgeführten operativen Eingriffe an der Hand der Klägerin mangels ordnungsgemäßer Aufklärung und Einwilligung rechtswidrig und damit als solche wie auch die hierdurch verbleibende 3 cm lange Narbe schadensersatzverpflichtend waren und zudem beide Operationen mangels Indikation behandlungsfehlerhaft durchgeführt wurden und zur deutlichen Risikosteigerung der Entwicklung des chronischen Schmerzsyndroms als einer erheblichen chronischen und mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit und den Alltag verbundenen eigenständigen Erkrankung geführt haben.

96
Ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000,00 € wird hierfür als angemessen erachtet.

97
Im Vergleich wurde durch das OLG Oldenburg durch Urteil vom 04.08.1998, BeckRS 9998, 16994 wegen einer nicht behandlungsfehlerhaften, aber wegen eines Aufklärungsfehlers ohne wirksame Einwilligung durchgeführten Behandlung (Sympathicusblockade) ein Schmerzensgeldanspruch in Höhe von 20.000,00 DM (= 10.255,84 €) bejaht.

98

Vom OLG Dresden wurde einem Patienten 22.000,00 € zugesprochen nur wegen eines Aufklärungsfehlers ohne Behandlungsfehler im Zusammenhang mit einer Handoperation wegen eines Karpaltunnelsyndroms, infolge deren es zu einer Traktionsneuropathie des nervus medianus kam (BeckRS 2024, 1175).

99
In diese Rechtsprechung fügt sich das vorliegende, annähernd vergleichbare Verfahren ein, in dem es anders als jeweils in den anderen Verfahren entschieden nicht nur einmal, sondern zweimal kurz nacheinander zu sowohl behandlungsfehlerhaften als auch unzureichend aufgeklärten Handoperationen mit der Folge einer jeweiligen Risikoerhöhung für die Entstehung eines CRPS kam.

100
Ein höheres Schmerzensgeld wie in dem vom LG Lübeck durch Urteil vom 23.01.2014 (12 O 341/12, zit. nach beck-online. SCHMERZENSGELD Nr. 4960) entschiedenen Verfahren, in dem 30.000,00 € bei einer ohne Indikation aufgrund eines Befunderhebungsfehlers durchgeführten Karpaltunneloperation zugesprochen wurden, kommt vorliegend nicht in Betracht, weil es anders als im dort entschiedenen Verfahren an einer Kausalität des Behandlungsfehlers für den jeweils geltend gemachten Dauerschaden (dort: Funktionsverlust der rechten Hand) fehlt.

5. Feststellung

101
Der Feststellungsantrag ist hinsichtlich der materiellen Ansprüche begründet, hinsichtlich der immateriellen Ansprüche war er als unbegründet abzuweisen.

102
Denn der Sachverständige hat im schriftlichen Gutachten vom 11.02.2023 überzeugend und von den Parteien nicht angegriffen ausgeführt, dass sich vier Jahre nach der Verletzung und den Operationen keine wesentlichen Veränderungen mehr ergeben werden und das Heilverfahren abgeschlossen sein dürfte.

103
Dies bedeutet aber nicht, dass der Klägerin nicht weitere materielle Schäden zustehen können, weswegen insoweit der Feststellungsantrag begründet, im Hinblick auf den immateriellen Vorbehalt aber als unbegründet abzuweisen war.

6. Verjährung

104
Die erstmals mit Schriftsatz der Klagepartei vom 19.10.2023 geltend gemachten Ansprüche der Klägerin im Zusammenhang mit der Operation vom 12.07.2018 sind nicht verjährt. Hinsichtlich der Operation vom 02.08.2028 wurde die Verjährungseinrede nicht erhoben.

105
Die kenntnisabhängige regelmäßige Verjährungsfrist nach §§ 195, 199 Abs. 1 BGB berechnet sich für jeden Behandlungs- oder Aufklärungsfehler gesondert, d.h. die Voraussetzungen des § 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB sind getrennt für jede Pflichtverletzung zu prüfen und jede Pflichtverletzung ist in dieser Hinsicht verjährungsrechtlich selbständig zu behandeln (vgl. nur BGH, Urteil vom 07. Juli 2011). Die verjährungsrechtlich gesonderte Prüfung mehrerer Pflichtverletzungen setzt nicht voraus, dass jede dieser Pflichtverletzungen eine eigenständige oder zusätzliche Schadensfolge nach sich gezogen hat. Es genügt vielmehr, dass mehrere (voneinander abgrenzbare) Pflichtverletzungen zum Gesamtschaden beigetragen haben und ein Schadensersatzanspruch auf mehrere (voneinander abgrenzbare) Fehler gestützt wird (vgl. BGH, a.a.O.).

106
Bei Schadensersatzansprüchen wegen Aufklärungsmängeln beginnt die Verjährung in der Regel nicht schon, sobald der Patient einen Schaden aufgrund der medizinischen Behandlung feststellt. Hinzutreten muss auch die Kenntnis, dass der Schaden nicht auf einem Behandlungsfehler beruht, sondern eine spezifische Komplikation der medizinischen Behandlung ist, über die der Patient – was dem behandelnden Arzt bekannt sein musste – hätte aufgeklärt werden müssen (vgl. BGH, Urteil vom 10. Oktober 2006, Az.: VI ZR 74/05 – juris; OLG Frankfurt, Urteil vom 21. August 2018, Az.: 8 U 88/15 – juris). Lediglich wenn überhaupt keine Aufklärung erfolgt ist, so ist dies dem Patienten von Anfang an bekannt; steht dazu für ihn überdies fest, dass der Eingriff im Rahmen der ihm anhaftenden Risiken zu gesundheitlichen

Beeinträchtigungen geführt hat, so beginnt der Lauf der Verjährungsfrist für Ansprüche aus Mängeln der Eingriffs- und Risikoaufklärung (OLG Frankfurt, a.a.O., m.w.N.; OLG Dresden, BeckRS 2024, 1175). So war es hier nicht, die Klägerin wurde aufgeklärt, allerdings unzureichend.

107
Kenntnis davon, dass hier die erteilte Aufklärung unvollständig war und sie über Behandlungsalternativen und das erhöhte Risiko einer nicht indizierten Strecksehnenfachspaltung hätte aufgeklärt werden müssen, hat die Klägerin nach ihrem Vorbringen erst im Rahmen der Anhörung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung vom 22.09.2023 erlangt, ebenso wie Kenntnis über die Möglichkeit einer Behandlungsfehlers wegen fehlender Indikation zur Operation vom 12.07.2018. Das Bestreiten der Beklagten insoweit ist unbehelflich, sie tragen als diejenigen, denen die Einrede der Verjährung zugutekommt, die Darlegungs- und Beweislast für die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis der Klägerin von den dafür Behandlungs- und Aufklärungsfehlern. Hierzu haben sie nichts vorgetragen, vielmehr selbst bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung eine ordnungsgemäße Behandlung und Aufklärung behauptet. Die Erweiterung der Klage um Ansprüche in Bezug auf diese Operation mit Schriftsatz vom 19.10.2023 erfolgte mithin in unverjährter Zeit.

III.

108
Die Verpflichtung zum Ersatz der vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten beruht auf §§ 823 Abs. 1, 831, 249 BGB. Die in Ansatz gebrachte 1,6 Geschäftsgebühr ist in einer komplexen Arzthaftungssache wie der vorliegenden angemessen.

109
Die Zinsforderung beruht auf § 286 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 3 BGB, nachdem ein Schreiben der Klägerin vom 18.12.2020 mit der Aufforderung, bis zum 12.01.2021 die Haftung für den von ihr behaupteten Behandlungsfehler anzuerkennen, und nach Fristablauf ein weiteres Schreiben vom 26.01.2021 unbeantwortet blieben und damit die Leistung ernsthaft und endgültig verweigert wurde.

IV.

110
Die Kostenentscheidung beruht auf § 92 Abs. 2 ZPO, nachdem die Zuvielforderung der Klagepartei nur einen Teil des Feststellungsantrags betraf, verhältnismäßig geringfügig war und keine höheren Kosten verursacht hat. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit aus § 709 S. 1, 2 ZPO.