
Datum: 18.02.2008
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 76/07
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2008:0218.3U76.07.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 11 O 1114/05

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 08.02.2007 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die am ####1961 geborene Klägerin nimmt die Beklagten wegen behaupteter Behandlungsfehler im Zusammenhang mit einer am 25.10.2002 durchgeführten Hysterektomie auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden in Anspruch, nachdem es zu postoperativen Komplikationen infolge einer thermisch verursachten Harnleiterläsion gekommen war. Ergänzend verfolgt sie Haftungsansprüche wegen der postoperativen Komplikationen auf der Grundlage vermeintlicher Aufklärungsversäumnisse zu alternativen OP-Verfahren im Zusammenhang mit der bei ihr durchgeführten laparoskopischen

1

2

3

Hysterektomie. Wegen der Einzelheiten des Behandlungsgeschehens sowie des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird gemäß § 540 I 1 ZPO auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils verwiesen.

Das Landgericht Münster hat die Klage nach Anhörung des Beklagten zu 2) und nach schriftlicher wie mündlicher Befassung des gynäkologischen Sachverständigen Prof. Dr. C2 im Kammertermin am 08.02.2008 abgewiesen. Zur Begründung seiner Entscheidung hat es im Kern ausgeführt :

Die Klägerin habe nicht - wie von ihr beanstandet - über die Option einer Hysterektomie mittels Bauchschnits (Laparotomie) aufgeklärt werden müssen. Die abdominelle Hysterektomie besitze nach den Sachverständigenaussagen von Prof. Dr. C2 keine Vorteile gegenüber der laparoskopischen Hysterektomie, sondern sei deutlich belastender und risikoträchtiger, wenngleich die hier aufgetretene Komplikation einer thermischen Harnleiterschädigung bei der Laparoskopie etwas häufiger vorkomme; diese Risikoerhöhung sei jedoch nur als minimal anzusehen und wiege die Nachteile einer Laparotomie nicht auf; die Laparotomie sei deshalb keine echte Behandlungsalternative.

Als ein von den Beklagten zu verantwortender Behandlungsfehler komme alleine in Betracht, dass der Beklagte zu 2) es im Zuge der Revisions-OP am 01.11.2002 unterlassen habe, die Möglichkeit einer Harnleiterverletzung durch intravenöse Gabe von Methylenblau-Lösung zu überprüfen. Die Nichtdarstellung des Harnleiters und die Nichtdurchführung eines vorherigen Pyelogramms (Röntgenkontrastmitteldarstellung der Harnwege/Nieren) seien nach Prof. Dr. C2 dagegen nicht zu beanstanden. Selbst wenn mit den beiden Privatgutachtern der Klägerin - Prof. Dr. P und Dr. L2 - einiges dafür spreche, dass das Unterbleiben einer i.v.-Gabe von Methylenblau - einer sog. Blauprobe - zur Prüfung etwaiger Harnleiterläsionen behandlungsfehlerhaft gewesen sei, sei jedenfalls nicht nachzuweisen, dass eine solche Diagnostik bereits am 01.11.2002 die Ureter-Leckage gezeigt haben würde. Denn es sei mit Prof. Dr. C2 nicht als hinreichend wahrscheinlich anzunehmen, dass die Leckage bereits am 01.11.2002 in einem solchen Ausmaß vorhanden gewesen sei, dass Methylenblau sich dem Operateur sichtbar gezeigt hätte. Beweiserleichterungen wegen eines groben Befunderhebungsfehlers kämen insoweit nicht in Betracht.

Gegen dieses Urteil wendet sich die Klägerin mit ihrer form- und fristgerecht eingelegten Berufung, mit der sie ihre erstinstanzlichen Klageziele - unter Korrektur der Berechnung des bezifferten materiellen Schadens - weiterverfolgt. Neben einem Schmerzensgeld (Vorstellung mind. 15.000,- €) und der Erstattung verschiedener Auslagen in Höhe von insgesamt 3.651,77 € (u.a. für die eingeholten Privatgutachten) begehrt die Klägerin die Feststellung der weitergehenden materiellen Ersatzpflichtigkeit der Beklagten für die beanstandete Behandlung im Zeitraum 24.10. - 03.11.2002.

Zur Begründung ihres Rechtsmittels trägt die Klägerin im Wesentlichen vor :

Es sei die Einholung eines Obergutachtens geboten, nachdem der erstinstanzliche Gerichtssachverständige Prof. Dr. C sich nicht ausreichend mit den fundierten gegenteiligen Auffassungen der renommierten Privatgutachter auseinandergesetzt habe. Auch sei - wie die Rückfrage Prof. Dr. C bei seinen urologischen Kollegen gezeigt habe - die ergänzende Befragung eines urologischen Sachverständigen zur medizinischen Beurteilung veranlasst.

In der Sache bleibe es bei den erstinstanzlich vorgebrachten Beanstandungen zur Behandlung der postoperativ aufgetretenen Komplikationen. Eine Überprüfung der Dichtigkeit des ableitenden Harnsystems der Klägerin durch i.v.-Injektion einer Methylenblaulösung sei

während des Eingriffs am 01.11.2002 unabdingbar gewesen. Diese sog. Blauprobe der Harnleiter hätte an diesem Tage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein positives reaktionspflichtiges Ergebnis - nämlich eine Verletzung des linken Harnleiters - ergeben, wobei die Nichtreaktion darauf als grob behandlungsfehlerhaft zu bewerten sei. Das sei von den Privatgutachtern klar bestätigt worden, wobei nicht überzeuge, weshalb das LG nicht auch in diesem Punkt *ihnen* - entgegen Prof. Dr. C - gefolgt sei.

Behandlungsfehlerhaft unterlassen worden sei auch ein intravenöses Pyelogramm, für das in den Tagen vor dem 01.11.2002 genügend Zeit gewesen sei und zu dem die zunehmenden Beschwerden der Klägerin Veranlassung gegeben hätten; es habe jedenfalls spätestens direkt nach dem Eingriff vom 01.11.2002 (und nicht erst am 03.11.2002) stattfinden müssen. Beim Unterbleiben von Pyelogramm und Blauprobe sei unabdingbar notwendig gewesen, am 01.11.2002 intraoperativ die Harnleiter in ihrem uneinsehbaren Verlauf zur Inspektion freizulegen. 11

Schließlich lässt die Klägerin höchst vorsorglich eine Aufklärungsrüge erheben, wonach die Mitarbeiter der Beklagten zu 1) es versäumt hätten, sie über eine Hysterektomie per Laparotomie als konkrete OP-Alternative aufzuklären. 12

Nachdem der Senat die Erstattung eines gynäkologischen Obergutachtens durch Prof. Dr. T angeordnet hat, tritt die Klägerin dessen Ausführungen unter Vorlage eines ergänzenden Privatgutachtens von Prof. Dr. P entgegen. Sie trägt insoweit ergänzend vor : 13

Eine Methylenblau-Injektion sei nach präoperativer Makrohämaturie wegen des Antreffens einer größeren Menge blutig tingierter Flüssigkeit im Abdomen ohne erkennbare Darm- und Blasenverletzung bei gleichzeitig drohender Lebensgefahr infolge einer Sepsis unabdingbar gewesen; auch ohne therapeutische Zulassung habe das Methylenblau hier rein diagnostisch eingesetzt werden dürfen, wie dies schon bei der Harnblase geschehen sei; die zu erwartende Ausscheidung aus einer Harnleiterleckage trete - entgegen Prof. Dr. E Darlegungen - dabei schon binnen 7 - 10 Minuten ein; der Austritt in die Bauchhöhle sei zudem deutlich und unübersehbar. Ferner sei eine vollständige Ureterfreilegung zur Darstellung evtl. Defekte gerade in dem durch die vorangegangenen Koagulationen besonders gefährdeten Bereich angesichts der durch solche Defekte drohenden Lebensgefahr unabdingbar gewesen. Zumindest sei die Heranziehung von Konsiliaren der Fachrichtungen Chirurgie oder Urologie geboten gewesen, wenn man sich am 01.11.2002 über die Ursache der klinischen Beschwerden und im Bauchraum angetroffenen Verhältnisse nicht schlüssig geworden sei; diese Fachärzte hätten dann während der 1. Revision schon einen uretären Katheter gelegt, der die Ureterleckage mit Sicherheit nachgewiesen hätte. 14

Die Klägerin beantragt, 15

unter Abänderung des Urteils des Landgerichts Münster vom 08.02.2007 16

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 15.000,- € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.06.2003, 17

2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin weitere 3.651,77 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszins seit Rechtshängigkeit zu zahlen, 18

3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin allen weiteren materiellen Schaden zu erstatten, der ihr aus der fehlerhaften Behandlung im Zeitraum 24.10. - 03.11.2002 entstanden ist und noch entstehen wird.

Die Beklagten beantragen, 20

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen. 21

Sie verteidigen das erstinstanzliche Urteil vor allem unter dem vom Landgericht für tragend angesehenen Aspekt, dass die thermisch bedingte (postoperativ sich erst entwickelnde) Läsion des linken Harnleiters jedenfalls nicht hinreichend sicher schon am 01.11.2002 vorgelegen habe. Das im Bauchraum angetroffene Exsudat sei als Absonderung aus den Koagulationswunden erklärlich gewesen; eine auffällige Urinausscheidung über die Drainagen habe sich erst im Verlaufe des 03.11.2002 - und eben nicht sofort nach der OP vom 01.11.2002 - eingestellt. Weil auch kein (regelmäßig stoßweise auftretender) Urinaustritt unter der Erstrevision beobachtet worden sei, sei eine Blauprobe nicht veranlasst und an eine verletzungsträchtige Ureterfreilegung nicht zu denken gewesen. Selbst die Aufdeckung einer leichten thermischen Ureterschädigung am 01.11.2002 habe keine sofortige Reaktion gefordert, sondern ein Abwarten verlangt. Die bei dieser ersten Revision alleinig vorliegende Beckenbauchfellentzündung sei insgesamt einer zutreffenden Diagnostik zugeführt worden. 22

Der Senat hat durch Beweisbeschluss vom 16.07.2007 die Einholung eines gynäkologischen Obergutachtens angeordnet, welches durch den beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. T am 22.10.2007 (Bl. 274 ff. GA) in Kurzform schriftlich erstattet und im Senatstermin am 18.02.2008 mündlich erläutert worden ist. Ferner sind die Klägerin und der Beklagte zu 2) durch den Senat persönlich angehört worden. Hinsichtlich des Beweisaufnahme- und Anhörungsergebnisses wird auf das Sitzungsprotokoll vom 18.02.2008 (Bl. 311 ff. GA) und den Berichterstattevermerk zum Senatstermin (Bl. 315 ff. GA) Bezug genommen. 23

Die Originalkrankenunterlagen der Beklagten zu 1) über die streitgegenständliche Behandlung sowie weitere Behandlungsunterlagen betreffend die Klägerin haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen. 24

II. 25

1. Die Berufung der Klägerin gegen das klagabweisende Urteil des Landgerichts Münster hat keinen Erfolg. 26

Nach dem Gesamtergebnis der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme (§ 286 I ZPO) sind den ärztlichen Behandlern der Beklagten zu 1) im Hinblick auf die bei der laparoskopischen Hysterektomie vom 25.10.2002 thermisch verursachte Harnleiterläsion links keine Behandlungsfehler - insbesondere keine diagnostischen Versäumnisse - unterlaufen. Der Senat vermag auf der Grundlage der in jeder Hinsicht überzeugenden Ausführungen des gemäß § 412 I ZPO bestellten Obergutachters Prof. Dr. T nicht festzustellen, dass die während der Hysterektomie unbemerkt und unstrittig nicht vorwerfbar verursachte thermische Harnleiterschädigung durch ein umfangreicheres oder frühzeitigeres diagnostisches Vorgehen eher hätte aufgedeckt werden müssen, als dies am 03.11.2002 geschehen ist. 27

Bei seiner Bewertung der medizinischen Fragen folgt der Senat den Ausführungen des gynäkologischen Sachverständigen Prof. Dr. T, der als Direktor des Y sowohl über ein fundiertes theoretisches Wissen als auch eine große praktische Erfahrung verfügt, und den - 28

wie dem erkennende Fachsenat für Arzthaftungssachen bekannt ist - nicht zuletzt eine große forensische Gutachtererfahrung im Bereich des Arzthaftungsrechtes auszeichnet. Seine gutachterlichen Ausführungen beruhten auf einer gründlichen Aufarbeitung der einschlägigen Behandlungsunterlagen der Klägerin; auch setzten sie sich überzeugend mit den abweichenden privatgutachterlichen Stellungnahmen auseinander, die die Klägerin im Laufe beider Instanzen zu den Akten gereicht hatte. Insbesondere konnte Prof. Dr. T aufgrund eigener praktischer gynäkologischer Tätigkeit zum Zeitpunkt der zu beurteilenden Behandlung im Herbst 2002 und seiner - senatsbekannt - langjährigen Mitwirkung bei der Leitlinienerarbeitung der Deutschen Gynäkologischen Gesellschaft überzeugend diejenigen Standardanforderungen erläutern, die zu der in Rede stehenden Behandlungszeit dem aktuellen Stand der Medizin entsprachen. Prof. Dr. T war schließlich uneingeschränkt in der Lage, alle von der sachverständig beratenen Klägerin aufgeworfenen und für die streitgegenständliche Haftungsproblematik entscheidungserheblichen medizinischen Fragen fachlich zu beantworten, so dass es ergänzender Sachverständigenbegutachtungen nicht bedurfte.

2. Den ärztlichen Behandlern der Beklagten zu 1) - insbesondere dem Beklagten zu 2) - gereicht es nicht zum Vorwurf, während der ersten Revisionsoperation am 01.11.2002 einschließlich der vorgeschalteten Zystoskopie **keine intravenöse Gabe von Methylenblau** zur Abklärung von möglichen Harnleiterverletzungen durch blaue Farbausscheidung (sog. i.v. Blauprobe) veranlasst zu haben. 29

Zwar haben die von der Klägerin vorgelegten Privatgutachten von Prof. Dr. P (aus gynäkologischer Sicht) und Dr. L2 (von chirurgischer Warte) eine solche Blauprobe während der Zystoskopie und der anschließenden Bauchraumexploration angesichts des verschlechterten Befindens sowie der aufgetretenen Hämaturie zur Abklärung möglicher Ureterverletzungen nach vorangegangener laparoskopischer Hysterektomie für geboten erachtet. Dem stehen jedoch die überzeugenden - mit den erstinstanzlichen Einschätzungen des Prof. Dr. C in Einklang stehenden - medizinischen Ausführungen des Prof. Dr. T im Senatstermin entgegen. 30

Dieser hat zur Frage der i.v. Blauprobe bereits in seinem Kurzgutachten vom 22.10.2007 ausgeführt, der Einsatz von Methylenblau zur Harnleiterinspektion habe definitiv nicht zum intraoperativen Standard gehört. Methylenblau sei in der Situation des offenen Bauches kaum sichtbar zu machen und wegen der relativ langen Ausscheidungszeiten (von bis zu einer $\frac{3}{4}$ Stunde) intraoperativ keine wirkliche Hilfe. 31

Im Senatstermin hat Prof. Dr. T diese Einschätzung wie folgt näher begründet und aus Sicht des Senates für die Phasen der Zystoskopie wie der Laparotomie überzeugend belegt : Die Forderungen nach einer i.v. Blauprobe durch die Privatgutachter beruhten ersichtlich darauf, dass bis vor etwa 10 -12 Jahren in der Medizin den Stoff „Indigokarmin“ zum diagnostischen Einsatz gelangt sei; man habe ihn intravenös injiziert, er habe sich dann in den Nieren konzentriert und schließlich auch den Urin kräftig blau verfärbt. Dieses Indigokarmin habe man bis zu dem genannten Zeitpunkt als sog. Blauprobe im Rahmen von Zystoskopien eingesetzt, um den Harnausstoß aus den Harnleitern in die Blase als Indiz ihrer Unversehrtheit sichtbar zu machen. Zu den aktiven Berufszeiten des Prof. Dr. P sei Indigokarmin ein gängiger Farbstoff gewesen, der ca. 5 Minuten nach der i.v. Injektion in der Blase angekommen sei, und bei dem man während einer Zystoskopie durch das stoßweise Austreten kräftig blau gefärbten Urins in die Blase hinein die Funktion der Harnleiter habe beurteilen können. Dies sei der Vorgang, den der Privatgutachter Prof. Dr. P – dessen Lebensalter von mittlerweile 77 Jahren dem Senat aus anderen Arzthaftungsverfahren mit 32

seiner Befassung bekannt ist - aus seinem Erfahrungsschatz referiert habe.- Dieser Farbstoff Indigokarmin sei dann vor ca. 10 - 12 Jahren wegen nachteiliger Effekte „vom Markt genommen“ worden. Danach habe die medizinische Praxis zunächst - aus den Erfahrungen mit Indigokarmin heraus - den auf dem medizinischen Wirkstoffmarkt zur Verfügung stehenden Farbstoff Methylenblau intravenös diagnostisch eingesetzt. Es habe sich aber bald herausgestellt, dass Methylenblau sehr stark verstoffwechselt werde und über die Blutbahn injiziert - anders als Indigokarmin - nur noch sehr schwach sichtbar in der Blase ankomme. Außerdem müsse man - um möglicherweise eine Verfärbung des Urins sehen zu können - sicher ½ Stunde nach der Injektion zuwarten. Wegen dieser Erfahrungen sei Methylenblau nicht als „Nachfolgefärbstoff für Indigokarmin“ in gleicher Weise diagnostisch erfolgreich einzusetzen wie das vom Markt genommene Indigokarmin. Die Einwände aus dem letzten Ergänzungsgutachten des Prof. Dr. P vom 19.11.2007, wonach die Ausscheidung von i. v. injizierten Methylenblau aus etwaigen Harnleiterleckagen allenfalls 7 - 10 Minuten dauere und der Austritt von so verabreichtem Methylenblau in die Bauchhöhle sehr deutlich ausfalle, machten deutlich, dass der seit längerem nicht mehr gynäkologisch praktizierende Privatgutachter die Wirkungsweise des ihm von früher bekannten Indigokarmin beschreibe, nicht aber diejenige von Methylenblau. Eben wegen der nicht dem Indigokarmin entsprechenden Farbwirkung von i.v. Methylenblau-Gaben sei daher selbst bei dem Verdacht auf eine Harnleiterleckage im Jahre 2002 keine Blauprobe mit Methylenblau i.v. geboten gewesen; denn von ihr habe man keine Klärung eines solchen medizinischen Verdachtes erwarten können.

Der Senat folgt diesen in jeder Hinsicht plausiblen und fundiert vorgetragenen Einschätzungen durch Prof. Dr. T, wohingegen den abweichenden Bewertungen durch die Privatsachverständigen aus den dargestellten Gründen nicht gefolgt werden kann. Das Unterbleiben der i.v. Blauprobe am 01.11.2002 war danach nicht behandlungsfehlerhaft. 33

3. Ohne Erfolg ist das Rechtsmittel auch, soweit es - angesichts des Unterbleibens von Blauprobe und Pyelogramm vor bzw. während der Revision vom 01.11.2001 - gestützt auf die Aussagen des Privatgutachters Prof. Dr. P jedenfalls eine **Freilegung der Harnleiter** für gebotenen erachtet. 34

So hatte schon der weitere Privatgutachter der Klägerin Dr. L2 einer explorativen Freilegung der Harnleiter im Zuge der Revision nur eine Woche nach der stattgehabten laparoskopischen Hysterektomie kritisch gegenüber gestanden, weil sie in dieser Phase äußerst schwierig und die Gefahr der Denudierung und Schädigung beträchtlich sei. 35

Überzeugend hat im Übrigen der vom Senat bestellte Obergutachter dargelegt, dass und weshalb der maßgebliche gynäkologische Standard in der konkreten Revisionssituation am 01.11.2002 keine Freipräparation der Harnleiter gebot. 36

Prof. Dr. T hat hierzu ausgeführt : Die Ursache der Befindlichkeitsverschlechterung bei der Klägerin am 01.11.2002 sei unklar gewesen. *Keineswegs* sei es nach der Erfahrung des gynäkologischen Operateurs so, dass - nach dem Ausschluss einer Darmverletzung und einer Blasenverletzung - *naheliegend* nun eine Ureterverletzung als Ursache ihrer Beschwerden *zu vermuten gewesen* sei, die man durch Freipräparation habe ausschließen müssen. Vielmehr sehe sich der Operateur in einer solchen Situation, wie sie bei der Klägerin am 01.11.2002 bestanden habe, einer ernsthaften ärztlichen Herausforderung ausgesetzt, wenn er den Bauchraum einer Patientin so kurz nach einer laparoskopischen Hysterektomie zur Exploration öffne. Der Harnleiter liege am Bauchfell hinten an; er sei etwas dünner als ein Bleistift und von hell weißer Farbe. Auch das die Ureteren teilweise umgebende koagulierte Gewebe sei weißlich verfärbt, so dass der Operateur sich - auch mit dem Wissen aus der 37

vorangegangenen unauffälligen Zystoskopie - intraoperativ die Frage stellen müsse, ob er die teilweise durch koaguliertes Gewebe verdeckten Harnleiter in ihrem unteren Verlauf zur Kontrolle auf läsionsverdächtige Stellen freipräpariere und dabei negative Folgen dieses Vorgehens für die Patientin in Kauf nehme. Dabei bedeute die Freilegung der Ureteren nicht nur eine *unmittelbare* Verletzungsgefahr für sie, sondern beinhalte auch das Risiko, durch das Präparieren Blutungen in ihrer Nähe zu verursachen, die *ihrerseits* zu einer Unterversorgung der Harnleiterdurchblutung mit Läsionsfolgen führen könnten. Man könne daher bei der gebotenen ex-ante-Sicht eines Operateurs in der Lage des Beklagten zu 2) für den 01.11.2002 nicht zwingend fordern, die Harnleiter freizupräparieren. Die Entscheidung für oder gegen eine Freipräparation der Harnleiter sei vielmehr eine vertretbare ärztliche Ermessensentscheidung des Operateurs gewesen, die er in Abwägung des Für und Wider habe treffen müssen. Es sei deshalb kein gynäkologischer Standardverstoß gewesen, das Freipräparieren der Ureteren in ihren durch Koagulationsgewebe verdeckten Anteilen zur Vermeidung von deren Schädigung am 01.11.2002 zu unterlassen.

Erst recht sei es - so Prof. Dr. T in Übereinstimmung mit den erstinstanzlichen Bewertungen durch Prof. Dr. C2 - medizinisch vertretbar gewesen, die Harnleiter in ihren durch Koagulationsgewebe nicht erkennbaren Teilstrecken ohne präparatorische Darstellung zu belassen, solange man keinen konkreten Verdacht auf eine Läsion dort habe fassen müssen. Eine solche Verdachtsituation habe hier insbesondere nicht aufgrund des im Bauchraum vorgefundenen Exsudats bestanden. Das angetroffene Exsudat, dessen Menge der Operateur auf 100 ml geschätzt habe, sei nach der vorangegangenen laparoskopischen Hysterektomie ein normaler Befund gewesen, der sich durch die Einwirkungen der intraoperativ eingesetzten thermischen Energie auf das Gewebe erklärt habe. Auch die präoperativ aufgetretene Hämaturie, die sich bei der Blasenspiegelung nicht bestätigt gefunden habe, habe keine verdachtsbegründenden Rückschlüsse auf eine Harnleiterläsion geboten. Man treffe als Gynäkologe nach einer laparoskopischen Hysterektomie immer wieder auf nicht komplikationsfreie Verläufe, für die man trotz Nachforschung letztlich keinen medizinischen Grund finde. Bei den Symptomen eines akuten Abdomens, wie sie hier die erste Revision veranlasst hätten, lasse sich des Öfteren auch durch eine explorative Laparotomie nicht klären, warum es der Patientin nicht - wie erwartet - besser gehe. Nach der gynäkologischen Erfahrung seien derartige Situationen für die Patientin aber nach einer solchen Revision (mit Durchsicht des Darmes und Ableitung der angesammelten Exsudate im Bauchraum über eine Drainage) in der Hälfte aller Fälle „ausgestanden“. Auf diesem Erfahrungshintergrund habe man *keineswegs zwingend* - aus der ex-ante-Sicht - hier am 01.11.2002 eine Harnleiterläsion ausschließen müssen, nur weil man während der explorativen Laparotomie keinen plausiblen Grund für die klinische Beschwerdesymptomatik gefunden habe. Insgesamt sei die (vom Privatgutachter geforderte) Harnleiterfreilegung als ärztliche Ermessensentscheidung ohne Standardverletzung möglich gewesen; ihr Unterlassen - beruhend auf einer vertretbaren Abwägungsentscheidung des Operateurs - sei aber ebenfalls nicht als behandlungsfehlerhaft zu beanstanden. 38

Auf dieser medizinischen Grundlage vermag der Senat keinen haftungsrechtlich relevanten Behandlungsfehler darin zu sehen, dass die Freipräparation der Ureteren bei der Klägerin am 01.11.2002 unterblieb. Maßgebend für den ärztlicherseits gegenüber einem Patienten zu gewährleistenden Sorgfaltsmaßstab sind die medizinisch anerkannten und praktisch bewährten Richtlinien für ärztliche Entscheidungen in normierbaren Situationen; dabei muss dem Arzt anerkanntermaßen ein Beurteilungskorridor verbleiben zur Abstimmung auf die konkreten Behandlungsbedingungen (Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl. Rdnr. 150 m.w.N. zur Rspr.). 39

Danach ist es vorliegend nicht zu beanstanden, dass der Beklagte zu 2) in der Situation des akuten Abdomens nach laparoskopischer Hysterektomie am 01.11.2002 bei der Klägerin keinen Verdacht auf Ureterläsion fasste und ihr Vorliegen auch nicht durch eine gefahrbehaftete Freipräparation der Ureteren auszuschließen suchte.

4. Entsprechendes gilt für das am 01.11.2002 unterbliebene **Herbeirufen eines Urologen zur Katheterisierung bzw. Schienung der Ureteren**. Auch diese Maßnahme wäre nach den in jeder Hinsicht plausiblen Darlegungen Prof. Dr. E nur dann medizinisch veranlasst gewesen, wenn vorliegend konkret eine Harnleiterläsion als primäre Ursache der Befindlichkeitsverschlechterung vermutet worden wäre. Zu einer solchen Vermutung bestand nach dem oben Gesagten jedoch am 01.11.2002 noch kein hinreichender Anlass. 41

5. Das **Unterbleiben eines Pyelogramms in den Tagen vor oder jedenfalls unmittelbar nach der Erstrevision** am 01.11.2002 ist - entgegen den Rügen der Berufungsbegründung - ebenfalls nicht als behandlungsfehlerhaft zu beanstanden. 42

Prof. Dr. T hat insoweit ausgeführt, man setze diese Röntgenkontrastmitteluntersuchung der ableitenden Harnwege nach einer stattgehabten Hysterektomie vor allem ein, wenn man den Verdacht auf einen Harnstau habe. Gerade der (hier durch Ultraschalluntersuchungen vor der 1. Revision ausgeschlossene) Harnstau sei nämlich ein Hinweis darauf, dass es intraoperativ zu einer Harnleiterverletzung gekommen sei. Nach der Erfahrung komme es - so der Obergutachter - sogar eher selten vor, dass bei einer postoperativen Harnleiterkomplikation *kein* Stau eintrete. Anzeichen eines Harnstaus, die auf eine Harnleiterkomplikation hingedeutet hätten, bestanden hier jedoch unstreitig nicht. 43

Bei einem zu frühen Einsatz der Pyelogramm-Diagnostik ergibt sich nach den weiteren Ausführungen Prof. Dr. E zudem im Falle thermisch bedingter Harnleiterläsionen das Problem, dass sich ein erst in der Anbahnung befindliches Leck noch gar nicht darstelle; man werde durch ein frühes unauffälliges Pyelogramm - was thermisch bedingte Läsionen angehe - möglicherweise deshalb zu Unrecht „in Sicherheit gewogen“. Hier habe man ausweislich der Dokumentation am 29. und 31.10.2002 eine Ultraschalluntersuchung der ableitenden Harnwege gemacht und dabei ausdrücklich *keine Stauungen im Harnabfluss festgestellt*, welche auf eine Harnleiterkomplikation hingedeutet hätten. In dieser diagnostisch abgeklärten Situation habe man auch angesichts der klinischen Beschwerden der Patientin nicht noch zusätzlich ein Pyelogramm machen müssen. 44

Nach der explorativen Revision vom 01.11.2002 sei - weil sich dem Operateur auch dabei keine Anzeichen für eine Harnleiterläsion gezeigt hatten - aus medizinischer Sicht ebenfalls kein frühzeitigeres Pyelogramm zu fordern gewesen. 45

Soweit die Privatgutachter der Klägerin allgemein die frühzeitigere Durchführung einer Kontrastmitteldarstellung der Harnwege durch Pyelogramm gefordert haben, überzeugt dies den Senat angesichts der nachvollziehbar begründeten und die dokumentierte Erkenntnislage zu den unterschiedlichen Zeitpunkten präzise auswertenden Überlegungen des Obergutachters nicht. Vielmehr bleibt nach Prof. Dr. E. Ausführungen kein Raum für einen Behandlungsfehlervorwurf, weil erstmals am 03.11.2002 bei Hinweisen auf Urinausscheidungen aus der Robinsondrainage ein Pyelogramm veranlasst wurde. 46

6. Haften die Beklagten nach alledem nicht wegen behandlungsfehlerhaft verzögerter Feststellung der Harnleiterkomplikation, bleibt ihre (hilfsweise bzw. vorsorgliche) **Inanspruchnahme durch die Klägerin wegen eines vermeintlichen Aufklärungsdefizites** im Hinblick auf die Operationsalternative durch abdominelle Hysterektomie ebenfalls ohne 47

Erfolg.

Dabei kann im Ergebnis dahin stehen, ob die Klägerin zur Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechtes - wie das Landgericht gemeint hat - präoperativ nicht über die 48

alternative Zugangsmöglichkeit mittels (sofortigen) Bauchschnitts hätte aufgeklärt werden müssen oder eine solche Aufklärung - entsprechend dem vom OLG Koblenz durch Urteil vom 12.12.2006 entschiedenen Sachverhalt (VersR 2007, 111 f.) – auch hier geboten war. 49
Vorliegend steht nämlich fest, dass die Klägerin bei ihrer Zustimmung zur primär laparoskopisch angelegten Hysterektomie über die daneben bestehende Möglichkeit einer Gebärmutterentfernung über einen primären Bauchschnitt so ausreichend unterrichtet war, dass sie ihr Selbstbestimmungsrecht uneingeschränkt ausüben konnte.

Der Senat geht anhand der Behandlungsdokumentation zu den der Klägerin mitgeteilten OP-Vorgehensweisen, deren inhaltliche Richtigkeit sie im Rahmen ihrer persönlichen Anhörung durch den Senat nicht in Abrede gestellt hat, im Ergebnis davon aus, dass die Klägerin auch über die Möglichkeit der abdominalen Hysterektomie informiert war und sie sich - wozu ihr nach Prof. Dr. T mit Recht geraten wurde - für die weniger belastende laparoskopische Vorgehensweise entschied. Die Klägerin ist unbestritten am 24.10.2002 anhand des in den Behandlungsunterlagen befindlichen und von ihr unterzeichneten Perimed-Bogens zur Hysterektomie über den geplanten Eingriff zur Gebärmutterentfernung ärztlich aufgeklärt worden. Dieser stellt unter der Überschrift „Wie wird der Eingriff durchgeführt?“ ausführlich das Vorgehen durch einen Bauchschnitt (abdominelle Hysterektomie), das Vorgehen durch die Scheide (vaginale Hysterektomie) und das - hier zum Einsatz gekommene - Vorgehen durch die Scheide kombiniert mit einer Bauchspiegelung (laparoskopische Hysterektomie) unter Hervorhebung der jeweiligen Vorzüge dar. Im Kopf des Bogens ist die dritte Variante angekreuzt und handschriftlich ergänzt worden. Die Klägerin hat auf der letzten Seite durch ihre Unterschrift insbesondere bestätigt, dass sie etwaige Fragen über Behandlungsalternativen hat stellen können. Darüber hinaus befindet sich in der Krankendokumentation der Beklagten zu 1) ein Gesprächsvermerk des Chefarztes Prof. Dr. L vom 24.10.2002, wonach die Patientin sowohl mit dem Therapieversuch einer endoskopischen Hysterektomie (Laparoskopie) als auch mit einer Laparotomie einverstanden sei. Schließlich war der Klägerin ausweislich des an ihren niedergelassenen Gynäkologen Dr. X ergangenen Arztbriefes bereits bei ihrer Ambulanzvorstellung am 03.07.2002 u.a. die abdominelle Hysterektomie als ein möglicher Therapieversuch dargestellt worden. Nachdem sie angesichts dieser Hinweise darauf, dass ihr auch ein primäres Vorgehen mittels Bauchschnittes dargestellt worden sei, bei ihrer persönlichen Anhörung eine entsprechende Aufklärung als möglich konstatiert hat, verbleiben aus Sicht des Senates keine vernünftigen Zweifel daran, dass die Klägerin vor dem Eingriff vom 25.10.2002 auch über die Alternative einer (belastenderen, aber mit Blick auf Harnleiterkomplikationen weniger risikoreichen) abdominalen Hysterektomie ärztlich aufgeklärt worden ist. 50

7. Der Gewährung einer Schriftsatzfrist an die Klägerin bedurfte es nicht. Eine solche wäre nur dann geboten, wenn die Anhörung des Sachverständigen eine neue oder ausführlichere Beurteilung ergeben hätte, die bisher nicht Gegenstand des Prozesses war. Eine solche Situation liegt hier nicht vor. Der Obergutachter hatte bereits am 22.10.2007 ein schriftliches Vorabgutachten verfasst, welches mit Beschluss vom 29.10.2007 den Parteien zur evtl. Stellungnahme übermittelt worden ist. Auch die Klägerin hatte daher ausreichend Gelegenheit, sich mit der Auffassung des vom Senat hinzugezogenen gynäkologischen Obergutachters auseinander zu setzen, was sie ausweislich des von ihr eingeholten (vierten) Gutachtens ihres Privatgutachters Prof. Dr. P vom 19.11.2007 und der darauf basierenden 51

Ausführungen im Schriftsatz ihrer Prozeßbevollmächtigten vom 23.11.2007 auch getan hat. Dem Recht der Parteien zur mündlichen Befragung des Sachverständigen gemäß §§ 397 I, 402 ZPO hat der Senat dadurch Rechnung getragen, dass die Klägerin (selbst und über ihre Prozessunterbevollmächtigte) dem Sachverständigen vertiefende Fragen stellen und ihm Vorhalte machen konnte, wovon auch umfassend Gebrauch gemacht worden ist.

8. Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 I, 708 Zif. 10, 711 ZPO. 52

Die Revision hat der Senat nicht zugelassen. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Weder die Rechtsfortbildung noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Rechtsbeschwerdegerichts. 53