
Datum: 07.10.2013
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 109/11
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2013:1007.3U109.11.00

Vorinstanz: Landgericht Dortmund, 4 O 144/09
Schlagworte: Operative Entfernung der Gebärmutter, Aufklärung, Behandlungsalternativen
Normen: § 823 BGB
Leitsätze:

Eine 40jährige Patientin, die nach operativer Entfernung ihrer Gebärmutter eine Infektion erleidet und sich weiteren Unterleibsoperationen unterziehen muss, kann wegen des ersten operativen Eingriffs kein Schadensersatz verlangen, weil weder Behandlungs- noch Aufklärungsfehler bewiesen sind.

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 30.03.2011 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Dortmund 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 Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

Die Klägerin nimmt die Beklagten auf Schadensersatz im Zusammenhang mit einer von diesen am 21.8.2006 im St. T-Hospital in D durchgeführten Operation in Anspruch.

Die am 13.2.1966 geborene Klägerin befand sich 2006 in ambulanter gynäkologischer Behandlung bei Herrn L2. Dieser stellte ihr mit dem Rat zu einer operativen Behandlung am 4.7.2006 eine Einweisung in das Krankenhaus aus mit der Diagnose: Senkung der Genitalorgane mit minimaler Stressharninkontinenz von Grad I.

Am 5.7.2006 wurde die Klägerin im St. T-Hospital von der Beklagten zu 2. untersucht. Im Hinblick auf die auch von ihr befundete Gebärmutterssenkung einschließlich einer hühnereigroßen Rektozele riet die Beklagte zu 2. der Klägerin zu einer Hysterektomie mit Plastiken und zusätzlicher sakrospinaler Fixation des Scheidenstumpfes. Am selben Tag nahm die Beklagte zu 2. mit Hilfe eines von der Klägerin anschließend unterzeichneten proCompliance-Bogens auch die Eingriffsaufklärung vor. Am 18.8.2006 befand sich die Klägerin in vorstationärer Behandlung im St. T-Hospital. An diesem Tag fand ein erneutes Aufklärungsgespräch statt, das auf dem Aufklärungsbogen vom 5.7.2006 dokumentiert wurde. Bei diesen Vorgesprächen wurde der Klägerin erklärt, dass ein Bauchschnitt erfolgen solle, wenn die Anhebung vaginal nicht möglich sein würde. Ihr wurde ebenfalls erklärt, dass ein Netz eingebracht werden sollte.

Am 21.8.2006 wurde die Klägerin stationär im St. T-Hospital aufgenommen. Am gleichen Tag führten die Beklagten die Operation durch, bei der die Gebärmutter abdominal unter Belassung der Adnexe entfernt wurde. Zugleich wurde die hintere Scheidenende mit einem Prolene-Netz zur Überbrückung der Distanz mittels Schraube am Kreuzbein fixiert und eine Hinterwandplastik vorgenommen.

Die Klägerin wurde am 30.8.2006 aus der stationären Behandlung entlassen. Am 2.9.2006 wurde sie hoch fieberhaft mit dem Rettungswagen erneut ins St. T-Hospital eingeliefert. Da unter Antibiotikabehandlung zunächst keine Besserung eintrat, führte der Oberarzt Dr. C am 3.9.2006 eine Re-Laparotomie durch, bei der entzündliche Verwachsungen gelöst und die rechte Tube samt rechtem Ovar entfernt werden mussten. Ursache der Sepsis war eine Infektion mit E. coli-Bakterien.

In der Folgezeit kam es zu mehreren weiteren Operationen im St. T Hospital. U.a. wurden am 17.1.2007 und 28.3.2007 Bauchdeckenbrüche im Narbenbereich der beiden früheren Laparotomien versorgt. Zuletzt erfolgte am 10.3.2010 eine Operation im Uniklinikum E, bei der wegen einer Arrosion des Prolene-Netzes im Bereich des Scheidenstumpfes das Netz und eine Befestigungsschraube entfernt wurden.

Die Klägerin hat behauptet, eine Indikation für den durchgeführten Eingriff habe nicht bestanden, es habe sowohl konservative Behandlungsalternativen als auch weniger belastende operative Verfahren gegeben. Insbesondere sei die Entfernung der Gebärmutter nicht notwendig gewesen. Sie sei zudem unzureichend aufgeklärt worden. Bei der Operation am 21.8.2006 sei der Dünn- und Dickdarm angeschnitten worden, wodurch die Bakterien in den Bauchraum gelangt seien. Bereits zum Entlassungszeitpunkt habe sie hohes Fieber und Schmerzen im Unterleib gehabt. Sie habe zahlreiche weitere Operationen über sich ergehen lassen müssen und werde nie wieder beschwerdefrei sein. Sie sei mittlerweile zu 20 % schwer behindert. Sie leide an Depressionen, an einer Vorverlagerung der Menopause und

einer Bauchdeckenschwäche. Zudem habe sie sich einer lang andauernden Schmerztherapie unterziehen müssen. Es seien auch Probleme in der Partnerschaft aufgetreten.

Die Klägerin hat beantragt, 10

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt werde, mindestens jedoch 30.000 €, nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.03.2009 zu zahlen; 11

2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner für alle materiellen und nicht vorhersehbaren zukünftigen immateriellen Schäden der Operation am 21.08.2006 haften, soweit Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind; 12

3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin Rechtsanwaltskosten i.H.v. 1955,88 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. 13

Die Beklagten haben beantragt, 14

die Klage abzuweisen. 15

Die Beklagten haben behauptet, die Klägerin sei ausführlich über den operativen Eingriff informiert worden. Zum Zeitpunkt der Entlassung sei die Klägerin beschwerdefrei gewesen. Die Komplikationen, welche die weiteren Operationen erforderlich gemacht hätten, seien schicksalhaft gewesen. Die Operationen seien jeweils korrekt durchgeführt worden. 16

Wegen der weiteren Einzelheiten des erstinstanzlichen Sachvortrags wird auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils Bezug genommen. 17

Das Landgericht hat nach Einholung eines frauenärztlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L, der sein Gutachten im Kammertermin mündlich erläutert und ergänzt hat, und nach persönlicher Anhörung der Parteien die Klage mit dem am 30.3.2011 verkündeten Urteil abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: 18

Ein Behandlungsfehler sei nicht feststellbar. Der Behandlung habe zudem eine Einwilligung der Klägerin nach ausreichender Aufklärung zugrundegelegen. Die Operation am 21.08.2006 sei nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen indiziert gewesen. Bei der Klägerin habe eine erhebliche Senkung der Gebärmutter vorgelegen, die einer konservativen Behandlung nicht mehr zugänglich gewesen sei. Insbesondere habe eine Rückbildung nicht durch eine Beckenbodengymnastik erreicht werden können. Der Sachverständige hat weiter ausgeführt, dass eine Behandlung mittels Pessar nur bei älteren Patienten angewendet werde, die nicht mehr operationsfähig seien. Im übrigen habe die operative Vorgehensweise im Ermessen des Behandlers gestanden. Die von der Klägerin angesprochene Methode, lediglich die Gebärmutterbänder zu kürzen, sei veraltet und werde schon seit längerem nicht mehr angewandt. Eine Operationsmethode mit Einbringen von Kunststoffbändern existiere nicht. Die im vorliegenden Fall ernsthaft in Betracht kommenden operativen Vorgehensweisen seien sowohl nach Einschätzung des Gerichtssachverständigen als auch nach Einschätzung des Sachverständigen im Ermittlungsverfahren gleichwertig. Der Operateur könne die Methode wählen, die er am besten beherrsche. 19

Die Operation selbst sei nicht fehlerhaft durchgeführt worden. Insbesondere seien der Dünn- oder Dickdarm nicht angeschnitten worden. In späteren Operationen sei keine Übernähung des Darms erfolgt. Die E. coli Bakterien könnten bereits vor der Operation im Körper der Klägerin vorhanden gewesen sein oder später von außen in die Scheide und damit in die Wunde eingebracht worden sein. Bei der aufgetretenen Entzündung handele sich nach den Ausführungen des Sachverständigen um eine mögliche Komplikation.

Die Klägerin sei hinreichend aufgeklärt worden. Insbesondere sei sie auf das Risiko von Blutungen und Wundheilungsstörungen hingewiesen worden. Auch die Operation Methode sei ihr hinreichend erklärt worden. Insbesondere sei ihr bewusst gewesen, dass die Gebärmutter entfernt werde, dass ein Netz eingebracht werden sollen und dass, falls die Operation nicht vaginal durchgeführt werden könne, auch ein Bauchschnitt durchgeführt werden müsse. 21

Auch die postoperative Behandlung sei fehlerfrei erfolgt. Zum Zeitpunkt der Entlassung am 30.08.2006 hätten nach den Ausführungen des Sachverständigen keine Symptome vorgelegen, die aus ex ante-Sicht auf die sich anbahnende Komplikation hingewiesen hätten. 22

Des Weiteren sei auch die Behandlung der Klägerin bei den weiteren stationären Krankenhausaufenthalten nicht behandlungsfehlerhaft gewesen. 23

Mit ihrer form- und fristgerecht eingelegten Berufung verfolgt die Klägerin ihr erstinstanzlich gestellten Anträge weiter. Sie trägt ergänzend vor: 24

Das Landgericht habe ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, da ihr keine Gelegenheit gegeben worden sei, zum Ergebnis der Beweisaufnahme im Termin schriftsätzlich Stellung zu nehmen. Auch seien ihr die Berichte der Ärzte L2, Dr. S und Dr. M nicht zugeleitet worden. 25

Die Beklagte zu 2. habe ihr nach der Untersuchung am 5.7.2006 gesagt, die Genitalorgane seien ganz abgesenkt, die Gebärmutter müsse entfernt werden, eine Alternative gebe es nicht. Tatsächlich sei die operative Entfernung der gesamten Gebärmutter nicht indiziert gewesen, eine Gebärmuttersenkung habe nicht vorgelegen. Die Beklagte zu 2. habe es versäumt, in ausreichendem Maße Befunde zu erheben. Dies sei jedenfalls nicht dokumentiert. Der überweisende Gynäkologe habe lediglich eine Senkung der Genitalorgane mit minimaler Stressinkontinenz Grad I. festgestellt; zu diesen Organen würde jedoch nicht die Gebärmutter gehören. Die Annahme einer Gebärmuttersenkung sei nicht vereinbar damit, dass die Klägerin weiterhin Geschlechtsverkehr gehabt habe und Tampons habe einführen können. 26

Eine Gebärmuttersenkung unterstellt, hätten alternative Behandlungsmethoden bestanden: Vorrangig sei eine Beckenbodengymnastik gewesen. Diese diene, wie sie auf einer Informationsveranstaltung erfahren habe, nicht nur der Erhaltung des Status quo. Ergänzend hätten eine Reizstromtherapie zur Stärkung der Beckenbodenmuskulatur und die Gabe von Östrogenen zur Stärkung des Bindegewebes eingesetzt werden können. Auch bestehe entgegen den Ausführungen des Sachverständigen die Möglichkeit, Kunststoffbänder einzusetzen, die an den unterschiedlichen Adnexen und an der Wirbelsäule befestigt würden. Entgegen den Ausführungen des Sachverständigen habe eine laparoskopische Operation eine weniger belastende Alternative dargestellt. Zwar dauere die Operation länger, die Folgenleiden seien aber erheblich geringer. Sollte eine Senkung der Blase vorgelegen haben, so hätte dies durch eine Korrektur der Lage der Harnröhre behandelt werden können, insbesondere mit Hilfe eines TVT (tension-free vaginal tape). Seit 2005 werde zudem das sog. "Prolift-Operationsverfahren" angewendet, auch bei Senkungen der Stufe 2 oder 3. 27

Zudem sei mit keinem Operationsverfahren eine dauerhafte Beseitigung der Inkontinenz zu erreichen gewesen.

Entgegen den Ausführungen des Sachverständigen sei die Operation selbst fehlerhaft erfolgt, da der Dünn-/Dickdarm angeschnitten worden sei. Dies ergebe sich zum einen aus dem Bericht über die spätere OP am 3.9.2008 durch Dr. C, zum anderen aus dem zeitlichen Ablauf. 28

Bei der Operation in der Universitätsklinik in E am 10.3.2010 sei festgestellt worden, dass das Netz im Bereich der Vorderwand kurzstreckig eingenäht und entgegen den ärztlichen Regeln mit einer Schraube am Steißbein befestigt worden sei. Diese Schraube habe sich gelöst. 29

Die Klägerin beantragt, 30

abändernd 31

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt werde, mindestens jedoch 30.000 €, nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.03.2009 zu zahlen; 32

2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner für alle entstandenen und zukünftig noch entstehenden materiellen und nicht vorhersehbaren zukünftigen immateriellen Schäden der Operation am 21.08.2006 haften, soweit Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind; 33

3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, die Klägerin von Rechtsanwaltskosten i.H.v. 1955,88 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit freizustellen. 34

Die Beklagten beantragen, 35

die Berufung zurückzuweisen. 36

Sie verteidigen die angefochtene Entscheidung. 37

Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die im Protokoll genannten Krankenunterlagen Bezug genommen. 38

Der Senat hat die Klägerin sowie die Beklagten persönlich angehört und den Sachverständigen Prof. Dr. L ergänzend befragt. Wegen des Ergebnisses wird auf den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 07.10.2013 Bezug genommen. 39

II. 40

Die zulässige Berufung ist in der Sache nicht begründet. 41

Der Klägerin stehen gegen die Beklagten weder vertragliche noch deliktische Haftungsansprüche aus dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen zu. 42

Hierbei ist zunächst klarzustellen, dass Gegenstand der Berufungsangriffe der Klägerin lediglich noch die Behauptung von Behandlungsfehlern und Aufklärungsdefiziten in Bezug auf den ersten stationären Aufenthalt vom 21.8. bis 30.8.2006 ist. Soweit das Landgericht eine 43

Haftung aufgrund der weiteren Operationen im Zeitraum 17.1. bis 27.7.2007 verneint hat, wird dies von der Berufung hingenommen.

1. Der von der Klägerin erhobene Vorwurf der Verletzung des rechtlichen Gehörs greift nicht durch. Dass der Klägerin vom Landgericht nach Beweisaufnahme durch Anhörung des Sachverständigen nicht die beantragte Schriftsatzfrist gewährt wurde, ist letztlich ohne Belang. Denn die Berufungsbegründung enthält keinen neuen Vortrag, zu dem sie geltend macht, dass sie ihn bei Gewährung der beantragten Schriftsatzfrist bereits in I. Instanz ins Feld geführt hätte. Soweit die Klägerin zudem rügt, dass ihr die Behandlungsunterlagen der Ärzte L2, S und M nicht übermittelt worden seien, ist darauf zu verweisen, dass die Klägerin hinsichtlich des Inhalts der lediglich zu den Akten gereichten Behandlungsunterlagen die Gewährung von Akteneinsicht hätte beantragen müssen. Zudem ist nicht einmal vorgetragen, welche Konsequenz sich für die Klägerin aufgrund einer Kenntnis des Inhalts dieser Behandlungsunterlagen ergeben hätte.

2. Die von den Beklagten am 21.8.2006 durchgeführte Operation war medizinisch indiziert. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme und unter Berücksichtigung des weiteren Akteninhalts kann nicht zweifelhaft sein, dass bei der Klägerin eine Gebärmuttersenkung zumindest mittleren Grades vorlag.

a) Wenn die Klägerin nun in 2. Instanz meint, eine solche Diagnose habe ihr Gynäkologe, Herr L2, überhaupt nicht gestellt, so ist bereits dies unzutreffend. Aus dessen Karteikarte lässt sich eindeutig entnehmen, dass Herr L2 unter dem Datum 2.2.2006 und erneut am 22.6.2006 die Diagnose eines „Descensus genitalis“ gestellt und der Klägerin bei letzterer Gelegenheit sogar ausdrücklich zu einer Operation geraten hat, wie sich aus dem Vermerk: „Rat OP! Aufklärung“ ergibt. Auch die Untersuchung durch die Beklagte zu 2. am 5.7.2006 hat Befunde ergeben, die nach Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. L die gestellte Diagnose eines Decensus uteri mit ausgeprägter Rektozele rechtfertigen.

Abgesehen davon, dass ein etwaiger Befunderhebungsfehler bei der hier zutreffend gestellten Diagnose nicht haftungsrelevant wäre, ist entgegen der Auffassung der Klägerin nicht zu erkennen, dass die von der Beklagten zu 2. gestellte Diagnose auf einer unzureichenden Befunderhebung beruht hätte. Soweit die Klägerin eine gynäkologische Untersuchung mittels Spekulum, Abtasten und Ultraschall vermisst, ergibt sich aus der Dokumentation eindeutig, dass diese Untersuchungen durchgeführt worden sind („Spek:“, „Palp:“, „US:“). Beschwerden sind ebenfalls abgefragt worden, wie sich aus dem Inkontinenzfragebogen und den Angaben im gynäkologischen Aufnahmebefund ergibt. Dass sie der Dokumentation entsprechend vorgegangen ist, hat die Beklagte zu 2. bei ihrer persönlichen Anhörung bestätigt.

Bereits die von der Klägerin selbst geschilderten Symptome bzw. Beschwerden, so der von ihr mittels Spiegel gesehene Hautlappen, das Verlieren von Tampons und auch die in dem Inkontinenzbogen von ihr angegebene, wenn auch nur unter Belastung bei voller Blase auftretende, Inkontinenz, sind nach den nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen als unmittelbare Folgen der diagnostizierten Senkung sowie der ausgeprägten Rektozele zu werten.

b) Der Sachverständige hat auch gegenüber dem Senat seine schon in erster Instanz vertretene Bewertung wiederholt, dass bei der Klägerin eine deutliche, zumindest mittelgradige Senkung vorgelegen hat. Belegt wird dies durch den im Operationsbericht vom 21.8.2006 beschriebenen „Partialprolaps Uterus und Vagina“.

Soweit die Klägerin meint, aus den Krankenunterlagen von Herrn L2 ergebe sich, dass dieser lediglich von einer Senkung ersten Grades ausgegangen sei, verkennt sie, dass sich der Zusatz „I?“ wie der Sachverständige dargelegt hat, auf die Ausprägung der Stressinkontinenz, nicht der Senkung bezieht. Der Sachverständige hat ergänzend darauf hingewiesen, dass auch nach Einschätzung von Herrn L2 die Indikation für eine Operation gegeben gewesen sei, da dieser der Klägerin ausweislich des Eintrags vom 22.6.2007 in der Karteikarte ausdrücklich zur Operation geraten und deshalb an das St. T Hospital überwiesen habe.

c) Der Indikation zum operativen Vorgehen zur Beseitigung der bei der Klägerin aufgetretenen Problematik stand auch nicht entgegen, dass zunächst noch weitere konservative Maßnahmen hätten ausgeschöpft werden können und müssen. Dazu hat der Sachverständige bereits in I. Instanz nachvollziehbar dargelegt, dass Maßnahmen in Gestalt von Beckenbodengymnastik bei einer Senkung des Ausmaßes, wie es bei der Klägerin vorlag, allenfalls zum Erhalt des Status quo, nicht jedoch zu einer Besserung führen könnten. 51

Mit Blick auf das Berufungsvorbringen der Klägerin, man habe ihr bei einer Informationsveranstaltung des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund mitgeteilt, auch bei einer Senkung stärkeren Grades sei noch eine Behandlung mit Beckenbodengymnastik, Reizstromtherapie und Östrogengabe möglich, ist zum einen voranzustellen, dass die Klägerin noch in der Berufungsbegründung die von Herrn L2 diagnostizierte Stressinkontinenz I° entgegen dem tatsächlich seinerzeit bestehenden deutlichen Senkungsgrad irrtümlich als lediglich leichte Senkung interpretiert hat und es daher naheliegend ist, dass sie auch bei der vorbezeichneten Veranstaltung den von ihr benannten Zeugen lediglich einen bei ihr vermeintlich vorliegenden leichten Senkungsgrad mitgeteilt hat. Bei dieser allerdings auf die Klägerin nicht zutreffenden Diagnose mag der Rat, als erste Maßnahme sei die Beckenbodengymnastik durchzuführen, richtig sein, betrifft jedoch nicht den Fall der Klägerin. Zudem hat der Sachverständige im Senatstermin vertiefend seine Bewertung, dass konservative Maßnahmen für eine Besserung des Zustandes bei einer deutlichen Senkung, wie sie bei der Klägerin mit dem Grad II – II vorlag, nicht mehr zur Verfügung standen, erläutert. Es ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass diese konservativen Maßnahmen lediglich zu einer Stärkung der Muskulatur, nicht aber zu einer Beseitigung der ausweislich des Operationsberichtes vom 21.08.2006 ausgeprägt vorhandenen Bindegewebsschwäche hätten führen können. 52

3. Dass den Beklagten bei Durchführung der Operation ein Behandlungsfehler unterlaufen ist, kann der Senat nicht feststellen. 53

a) Es ist nicht als Behandlungsfehler im Sinne einer Übertherapie zu werten, dass die Beklagten bei der Operation auch die Gebärmutter der Klägerin vollständig entfernt haben. 54

Eine Entfernung der Gebärmutter wäre auch bei der vom Sachverständigen persönlichen favorisierten operativen Vorgehensweise - der vaginalen Operation mit sacrospinaler Fixation des Scheidenstumpfes nach Richter/Amreich – erfolgt. Dazu hat der Sachverständige ausgeführt, dass eine bloße Entfernung der Rektozele nicht zu einem dauerhaften Erfolg geführt hätte und es nur eine Frage der Zeit gewesen wäre, bis sich eine dann allerdings risikoreichere Operation hinsichtlich der Entfernung der Gebärmutter nebst –hals angeschlossen hätte. Denn die Entfernung der Rektozele hätte nicht die einen Teil des Beschwerdebildes ausmachende Senkung der Gebärmutter einschließlich des gesenkten Halses beseitigt. 55

Andere etwaig schonendere operative Behandlungsalternativen standen entgegen der Auffassung der Klägerin nicht zur Verfügung. Die von der Klägerin mit der Berufung angeführte Methode, das sog. „Prolift-Verfahren“, war – wie der Sachverständige im Senatstermin dargelegt hat - im Jahr 2006 noch als Behandlungsalternative zur Verfügung stehende Standardmethode.

Soweit die Klägerin meint, eine Korrektur der Lage der Harnröhre, etwa mittels TVT, sei ausreichend gewesen, so hat der Sachverständige hierzu ausgeführt, dass eine solche Behandlung nur bei reiner Stressinkontinenz zur Anhebung der Harnröhre angewendet werde, nicht aber beim Vorliegen einer Senkung mit Rektozele indiziert sei. 57

Eine laparoskopische Vorgehensweise mit nur teilweiser Entfernung der Gebärmutter ist bei Senkungen nach den Ausführungen des Sachverständigen schon nicht indiziert und stellt mithin keine Behandlungsalternative dar. Der Sachverständige hat dazu klargestellt, dass diese laparoskopische Vorgehensweise nur bei Veränderungen der Gebärmutter, wie etwa Myomen, angewendet wird. 58

Schließlich hat der Sachverständige im Hinblick auf das Berufungsvorbringen noch einmal seine Aussage bekräftigt, dass es eine Operationsmethode, bei welcher die körpereigenen Bänder durch Kunststoffbänder ersetzt werden, nicht gibt. 59

b) Die Klägerin hat auch nicht den Nachweis führen können, dass die Operation vom 21.08.2006 als solche behandlungsfehlerhaft durchgeführt worden ist. 60

aa) Soweit die Klägerin vor dem Hintergrund der postoperativ eingetretenen Entzündung weiterhin eine Verletzung des Dick- oder Dünndarmes während der Operation vermutet, hat der Sachverständige – wie schon in erster Instanz – dargelegt, dass es hierfür keinerlei Anhaltspunkte gibt. Er hat insbesondere ausgeführt, dass im Operationsbericht des Oberarztes Dr. C vom 3.9.2006 keineswegs von „Läsionen“, also Verletzungen des Darmes, die Rede ist, sondern lediglich von „Adhäsionen“, d.h. Verwachsungen, die durch die Entzündung verursacht sein könnten. Zudem ist hervorzuheben, dass es bei den auf den Eingriff vom 21.08.2006 folgenden Operationen zu keinem Zeitpunkt zu Übernähungen des Darmes gekommen ist, wie sie im Fall einer Läsion erforderlich gewesen wären. Zu der von der Klägerin als Beleg für eine Darmverletzung angeführten Herkunft der die Infektion auslösenden E. coli-Bakterien hat der Sachverständige überzeugend darauf verwiesen, dass es sich um Keime handelt, die der Patient regelmäßig selbst mitbringt und dass die infizierte Operationswunde in der Scheide und damit in einem nicht sterilen Bereich gelegen hat, aus dem die Bakterien in die Wunde gelangen konnten. Da dies naturgemäß jederzeit geschehen kann, lässt sich entgegen der Ansicht der Klägerin auch nicht aus dem Zeitfenster zwischen Operation und Sepsis der Schluss ziehen, dass die Infektion nur durch die Operation vom 21.08.2006 ausgelöst worden sein kann. 61

bb) Auch die bei der Operation am 10.03.2010 in der Uni-Klinik E erhobenen Befunde gestatten keinen Rückschluss auf einen Behandlungsfehler bei der Operation am 21.8.2006. Der Sachverständige Prof. Dr. L hat dem Operationsbericht aus E keinen Hinweis in diese Richtung entnehmen können. Soweit dort eine Arrosion des bei der Operation am 21.8.2006 eingebrachten Prolene-Netzes festgestellt worden ist, hat der Sachverständige ausgeführt, dass dies eine bekannte Komplikation bei der Einbringung von Kunststoffbändern oder –netzen darstellt. Weiter hat er auch aus der festgestellten Lockerung der Schraube keinen Rückschluss auf eine fehlerhafte Befestigung ziehen können. 62

4. Schließlich ist ein Behandlungsfehler ebenso wenig hinsichtlich der operativen Nachsorge festzustellen.

Die mit der Berufungsbegründung erneut aufgestellte Behauptung der Klägerin, sie sei am 30.8.2006 trotz 40,5° C Fieber, Kältegefühl, Schwindelgefühl und starken Schmerzen entlassen worden, ist von ihr nicht bewiesen worden. Sie steht in klarem Widerspruch zur Dokumentation, wonach die Körpertemperatur 37,6° C betrug und die Klägerin ein relatives Wohlbefinden angegeben hat. Der Sachverständige hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten dargelegt, dass die Blähungen und der leichte Temperaturanstieg ex post zwar als Frühsymptome einer sich anbahnenden Komplikation gewertet werden könnten, ex ante die Entlassung am 30.8.2006 aber nicht behandlungsfehlerhaft gewesen sei. 64

5. Eine Haftung der Beklagten wird auch nicht durch eine unzureichende Aufklärung der Klägerin begründet. 65

Defizite im Bereich der Risikoaufklärung werden von der Klägerin mit der Berufung nicht mehr geltend gemacht. Den Beklagten kann aber ebenso wenig eine unzureichende Aufklärung über Behandlungsalternativen vorgeworfen werden. 66

a) Die Wahl der Behandlungsmethode ist zwar primär Sache des Arztes. Gibt es indessen mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden, die wesentlich unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen aufweisen, besteht mithin eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten, dann muss diesem nach entsprechend vollständiger ärztlicher Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, auf welchem Wege die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will (BGH, NJW 2005, 1718 m.w.N.). Die Pflicht zur Selbstbestimmungsaufklärung ist in gleicher Weise Nebenpflicht des Behandlungsvertrags wie Ausfluss der Garantenstellung des Arztes (BGH, a.a.O.). Dies gilt insbesondere auch dann, wenn eine Operation durch eine konservative Behandlung vermieden werden kann (BGH, NJW 2000, 1788/1789). 67

b) Echte und damit aufklärungsbedürftige Behandlungsalternativen haben im vorliegenden Fall jedoch nicht bestanden. 68

aa) Zunächst stellte im Falle der Klägerin, wie oben bereits ausgeführt, eine konservative Behandlung mit Beckenbodengymnastik und ergänzender Reizstromtherapie und Hormongabe keine Behandlungsalternative mehr da, da diese bei dem Grad der Senkung, wie er bei der Klägerin vorlag, nicht mehr medizinisch indiziert war. Eine Beseitigung der deutlich ausgeprägten Senkung war auf konservativem Wege nach Auskunft des Sachverständigen nicht mehr zu erreichen. Mangels Indikation bedurfte es folglich vor dem Eingriff vom 21.8.2006 auch keiner Aufklärung der Klägerin mehr über eine konservative Vorgehensweise durch die Beklagten. 69

bb) Gleiches gilt für einen Eingriff mittels TVT. Wie oben ausgeführt, war es nicht indiziert, lediglich eine Korrektur der Lage der Harnröhre vorzunehmen. 70

cc) Auch über die Möglichkeit einer laparoskopischen Vorgehensweise mussten die Beklagten die Klägerin nicht aufklären, da diese, wie der Sachverständige nunmehr im Senatstermin klargestellt hat, zur Behandlung einer Gebärmuttersenkung nicht indiziert ist, sondern nur dann zur Anwendung gelangt, wenn die Gebärmutter aus anderen Gründen, etwa bei Myomen, entfernt werden muss. 71

dd) Das Proliftverfahren stellte im August 2006 noch keine übliche Standardmethode dar, so dass aus diesem Grund eine Aufklärung hierüber nicht geboten war.

ee) Schließlich war die Klägerin auch nicht über die Alternative einer vaginalen Operation mit sacrospinaler Fixation des Scheidenstumpfes nach Richter/Amreich anstelle der von den Beklagten gewählten Methode der Sacrokolpopexie (abdominale Hysterektomie mit Fixation des Scheidenendes mittels Prolenenetz) aufzuklären. Der Sachverständige hat bereits in erster Instanz dargelegt, dass die Chancen und Risiken bei diesen Verfahren im Ergebnis letztlich vergleichbar sind und die Wahl daher im Ermessen des Behandlers steht. So hat der Sachverständige das Erfolgs- und Rezidivrisiko bei beiden Operationsmethoden als gleich hoch bewertet. Auch die mit dem Eingriff verbundenen Beeinträchtigungen sind anders, aber vergleichbar. Dies ergibt sich aus den weiteren Ausführungen des Sachverständigen. Während der vaginale Eingriff als solcher weniger belastend sein mag als der abdominelle Zugang, weil er in Teilnarkose durchgeführt werden kann, steht dem in der postoperativen Phase entgegen, dass Frauen bei der vaginalen Operation bis zu 3 Monate lang wegen der veränderten Lage der Scheide Probleme beim Geschlechtsverkehr haben können, während diese Zeit bei der abdominalen Methode auf 6 Wochen beschränkt ist.

III. 74

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO. 75

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 76

IV. 77

Die Revision ist nicht zuzulassen. Der Rechtssache kommt weder grundsätzliche Bedeutung zu noch ist eine Entscheidung des Revisionsgerichts wegen der Fortbildung des Rechts oder der Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich (§ 543 ZPO). 78