
Datum: 07.03.2012
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 65/10
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2012:0307.5U65.10.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 382/08

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 21. April 2010 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln (25 O 382/08) wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden der Klägerin auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Den Beklagten wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.	2
Die am 30. Dezember 1963 geborene Klägerin nimmt den Beklagten wegen des Vorwurfs von Behandlungsfehlern sowie unzureichender Aufklärung im Zusammenhang mit einer Hysterektomie auf Schadensersatz in Anspruch.	3
Die Klägerin suchte Anfang 2007 ihren Gynäkologen Dr. C wegen Schmerzen im Unterleib auf. Dieser stellte die Diagnose eines großen Uterus myomatosus und die Indikation zur Hysterektomie. Am 22. Mai 2007 wies er sie in das Krankenhaus der Beklagten zu 1. ein. Dort stellte sie sich am 25. Juni 2007 zur Voruntersuchung vor. Es erfolgte ein Aufklärungsgespräch in deutscher Sprache durch den Beklagten zu 2. und Frau Dr. T, bei der die Indikation zur Hysterektomie sowie mögliche Komplikationen erläutert wurden. Dabei wurde über ein erhöhtes Risiko wegen der Größe des Uterus und über die Möglichkeit der Verletzung von Nachbarorganen gesprochen. Die Klägerin unterzeichnete einen Einwilligungsbogen.	4
Die Hysterektomie wurde am 26. Juni 2007 durch den Beklagten zu 2. durchgeführt. Postoperativ ist dokumentiert, dass reichlich und klarer Urin aus dem eingelegten Dauerkatheter abgefließen sei. Im Laufe der Nacht entwickelte sich bei der Klägerin eine Anurie mit Flüssigkeitseinlagerungen in den Extremitäten. Eine Spülung und Entfernung der Scheidentamponade führten zu keiner Besserung. Sonographisch war die Harnblase leer, die Nieren und Ureteren waren beidseits nicht gestaut. Es ließ sich keine freie abdominelle Flüssigkeit nachweisen. Maßnahmen zur Anregung der Urinausscheidung hatten keinen Erfolg. Zum Ausschluss eines Nierenversagens wurde eine Laborkontrolle durchgeführt, die einen auf 2,7 mg/dl erhöhten Kreatininwert ergab. Eine erneute Sonographie ergab rechts einen Harnstau I. Grades und links einen etwas geringeren Stau, wobei die Harnblase nicht gefüllt war. Bei hochgradigem Verdacht auf Ureterstenose wurde die Klägerin am Morgen des 27. Juni 2007 in die urologische Abteilung des St. F-Krankenhauses L verlegt. Dort wurde bei der Aufnahmesonographie beidseits ein Aufstau II. – III. Grades diagnostiziert. Die Leukozytenzahl und der CRP-Wert waren erhöht. Es wurde eine diagnostische Zystoskopie mit dem Versuch der retrograden Sonographie durchgeführt. Dabei wurde eine distale Harnleiterstenose links und der Verdacht auf eine operationsbedingte Einziehung des rechten Harnblasengrundes diagnostiziert. Es wurde ein transurethraler Blasenkateter eingelegt sowie eine Nephrostomie durchgeführt. Am 13. Juli 2007 erfolgte eine weitere Laparoskopie, die auf einen Unterbauchmittelschnitt umgestellt wurde, weil die distalen Harnleiter nicht dargestellt werden konnten. Kurz vor der Blase verloren sich die Harnleiter. Diese wurden sodann getrennt und mittels Ileuminterposition neu eingepflanzt. Der postoperative Verlauf war zunächst komplikationslos. Es kam jedoch dann erneut zu einer Stauung beider Nierenbeckenkelchsysteme. Am 30. Juli 2007 wurde eine Doppel-J-Schiene eingelegt. Weil die Klägerin weiter über Schmerzen klagte, wurde eine Schmerztherapie eingeleitet. Vom 5. September 2007 bis zum 3. Oktober 2007 erfolgte eine Anschlussheilbehandlung, in deren Verlauf keine Blasenentleerungsstörung mehr auftrat. Wegen der Ileuminterponate ist eine regelmäßige urologische Betreuung notwendig. Bei der Klägerin entwickelte sich eine schwere posttraumatische Belastungsstörung, infolge derer sie am normalen Lebensalltag nicht mehr teilnehmen kann. Der Grad der Behinderung beträgt 80 %. In der Zeit vom 1. Dezember 2008 bis zum 10. Februar 2009 befand sich die Klägerin in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik N.	5
Die Klägerin hat dem Beklagten unter Berufung auf ein Gutachten von Dr. E für den MDK Behandlungsfehler vorgeworfen. Die Operation sei grob fehlerhaft durchgeführt worden. Dies	6

ergebe sich daraus, dass bei der Operation beide Harnleiter durchtrennt worden seien. Der Operationsbericht sei nicht vollständig, weil sich aus ihm nicht ergebe, weshalb es zu der Harnleiterstenose gekommen sei. Ein Verschluss beider Ureteren lasse sich aber nur durch Komplikationen bei der Operation vom 26. Juni 2007 erklären.

Die Klägerin hat beantragt,

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein Schmerzensgeld von 40.000,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit (21. Januar 2009) zu zahlen,

2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie einen Betrag von 5.600,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit (21. Januar 2009) zu zahlen,

3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ab 1. November 2008 eine vierteljährlich vor auszahlbare monatliche Rente in Höhe von 400,00 Euro jeweils im Voraus zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober eines jeden Jahres bis zum 31. Dezember 2030 (67. Lebensjahr der Klägerin) zu zahlen,

4. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie einen Betrag von 627,03 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit (21. Januar 2009) zu zahlen, und

5. festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche weiteren Schäden, die ihr in Zukunft aus der Operation vom 26. Juni 2007 in dem N2-Hospital C2, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, entstehen, zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen.

Die Beklagten haben beantragt, die Klage abzuweisen, und sind den Vorwürfen der Klägerin entgegengetreten.

Wegen der Einzelheiten der tatsächlichen Feststellungen des Landgerichts wird auf die Ausführungen in dem angefochtenen Urteil (Bl. 272 ff., 272 R - 274 d. A.) Bezug genommen.

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl. 146 ff. d. A.), das dieser in der mündlichen Verhandlung vom 17. März 2010 ergänzend erläutert hat (Protokoll Bl. 256 f. d. A.). Aufgrund dieser Beweisaufnahme hat das Landgericht die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass die Klägerin einen schadensursächlichen Behandlungsfehler der Beklagten nicht habe beweisen können. Wegen der Einzelheiten wird auf die Begründung der angefochtenen Entscheidung (Bl. 272 ff., 274 R - 276 d. A.) Bezug genommen.

Gegen diese Entscheidung wendet sich die Klägerin mit der Berufung, mit der sie ihr erstinstanzliches Klageziel – abgesehen von der möglicherweise versehentlich erfolgten Reduzierung Antrages zu 4. um 5,00 Euro – unverändert weiterverfolgt.

Zur Begründung trägt sie insbesondere vor, dass sie vor der umstrittenen Operation nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden sei. In dem Aufklärungsbogen und in den Aufklärungsgesprächen sei ausschließlich auf die Behandlungsmöglichkeit der vaginalen Hysterektomie hingewiesen worden. Demgegenüber sei zu keiner Zeit die alternative Behandlungsmöglichkeit der abdominalen Hysterektomie erwähnt und erörtert worden. Wegen des großen und mobilen Uterus hätte aber die abdominale Hysterektomie in Betracht

gezogen und mit der Klägerin erörtert werden müssen. Es sei ohnehin nicht nachvollziehbar, dass die vaginale Hysterektomie die Behandlungsmethode der ersten Wahl gewesen sein soll. Die Klägerin habe im Übrigen den Aufklärungsbogen als Basisinformation selbst und ohne Hilfe ausfüllen müssen. Rückfragen von ihr seien aus Zeitmangel nicht beantwortet worden. Sie könne sich zwar in deutscher Sprache verständigen. Ihre Sprachkenntnisse reichten indes nicht aus, um den Aufklärungsbogen zu verstehen. In dem Aufklärungsbogen sei von dem Risiko der Verletzung von Nachbarorganen die Rede. Es sei ihr jedoch nicht erklärt worden, um welche Nachbarorgane es sich dabei handelt und welche Komplikationen eintreten können.

Das Landgericht habe auch zu Unrecht einen Behandlungsfehler verneint. Bereits aus dem von der Klägerin erstinstanzlich vorgelegten Parteigutachten von Januar 2008 ergebe sich, dass bei der umstrittenen Operation die Ureteren verletzt worden sein müssen. Bei der Revisionsoperation am 13. Juli 2007 habe sich gezeigt, dass beide Harnleiter kurz vor der Blase nicht mehr weiter verfolgt werden konnten. Der Operationsbericht des Beklagten zu 2. sei offensichtlich unvollständig. Denn er hätte bereits während der Operation erkennen müssen, dass er die Ureter verletzt habe. Dies hätte er in dem Operationsbericht erwähnen müssen. Soweit es in dem Bericht heißt, dass reichlich und klarer Urin geflossen sei, so werde dies ausdrücklich bestritten. Dem Beklagten zu 2. hätte jedenfalls postoperativ aufgrund der Feststellungen in den Krankenunterlagen zu der Uhrzeit 21.50 Uhr: „kaum Nachblutungen“, „Patientin gibt Schmerzen an“ auffallen müssen, dass der Urinfluss zumindest postoperativ nicht gewährleistet gewesen sei. Im Übrigen sei für die Klägerin unverständlich, wie einerseits – fälschlicherweise – festgestellt werden kann, dass postoperativ reichlich und klarer Urin geflossen sei, und andererseits, dass um 21.50 Uhr fast kein Urin mehr geflossen sein will. Eine Erklärung hierfür habe die Beklagtenseite bisher nicht gegeben. Aufgrund des postoperativen Verlaufs und der am 27. Juni 2007 festgestellten Ureterstenosen sei davon auszugehen, dass der Beklagte zu 2. mit der Nahtsetzung die Harnleiter erfasst hat. Hiervon gehe letztlich auch der Gerichtssachverständige aus. Dass er dies nicht als Behandlungsfehler bewerte, sei indes unverständlich. Denn der Beklagte zu 2. habe die sog. McCall-Naht offensichtlich zu weit nach lateral gelegt und dadurch zu viel Gewebe gefasst, was letztlich zum Abknicken der Ureteren geführt habe. Nach dem von dem Gerichtssachverständigen zitierten Autoren Hirsch hätte zur Vermeidung dieser Komplikation die Sakrouterinligamente durch Abspannen und die Ureteren durch Palpieren gegen die seitlichen Scheidenspekula eindeutig identifiziert werden müssen. Zudem hätte der Beklagte zu 2. nach Eintreten der Komplikation des Abknickens oder der Umstechung der Ureteren durch die McCall-Naht sofort versuchen müssen, durch Lösen der fraglichen Naht das Abknicken der Ureteren bzw. die Stenose zu verhindern.

18

Der Beklagte zu 2. hätte im Übrigen aufgrund der schwierigen vaginalen Operation im Rahmen der uterosakralen Fixation des Scheidenstumpfes eine Zystoskopie vornehmen müssen, um eine Harnleiterabknickung respektive Harnleiterverletzung nachzuweisen oder auszuschließen.

19

Die Beklagten beantragen die Zurückweisung der Berufung, treten dem Berufungsvorbringen der Klägerin entgegen, verteidigen das angefochtene Urteil und tragen ergänzend insbesondere vor, dass die Klägerin in der erstinstanzlichen mündlichen Verhandlung ausdrücklich auf ihre Aufklärungsrüge verzichtet habe mit der Folge, dass sie mit diesem Vortrag nunmehr präkludiert sei.

20

Wegen der weiteren Einzelheiten des Berufungsvorbringens der Parteien wird auf die im Berufungsverfahren eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen einschließlich des Schriftsatzes

21

der Klägerin vom 8. Februar 2012 sowie auf das Vorbringen der Parteien in der mündlichen Verhandlung vom 12. Januar 2011 und 25. Januar 2012 Bezug genommen.

Der Senat hat weiteren Beweis durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L2 erhoben, das dieser in dem Verhandlungs- und Beweisaufnahmetermin vor dem Senat am 25. Januar 2012 mündlich ergänzend erläutert hat. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen vom 10. August 2011 (Bl. 392 – 398 i. V. m. 399, 400 d. A.) sowie auf S. 1 – 4 des Sitzungsprotokolls vom 25. Januar 2012 (Bl. 436 ff., 436 – 439 d. A.) Bezug genommen.

II.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet.

Das Landgericht hat zu Recht entschieden, dass der Klägerin die geltend gemachten Schadensersatzansprüche gegen die Beklagten unter keinem Gesichtspunkt zustehen. Das Berufungsvorbringen der Klägerin rechtfertigt eine abweichende Beurteilung nicht.

Bei dieser Beurteilung folgt der Senat den Feststellungen des zweitinstanzlich beauftragten Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 [Gutachten vom 10. August 2011 (Bl. 392 – 398 i. V. m. 399, 400 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen vom 25. Januar 2012 (S. 1 - 4 des Protokolls der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme vor dem Senat am 25. Januar 2012 (Bl. 436 ff., 436 – 439 d. A.))], der sein Gutachten auf der Basis einer sorgfältigen Auswertung des gesamten Akteninhalts einschließlich der Krankenunterlagen und unter Bezugnahme auf eine farbige Abbildung zu den hier in Rede stehenden anatomischen Verhältnissen [Anlage zu dem Sitzungsprotokoll vom 25. Januar 2012, Bl. 441 d. A.] sehr anschaulich, gut nachvollziehbar, in sich schlüssig und insgesamt überzeugend begründet hat. Der Senat folgt ebenso dem Gutachten des erstinstanzlich beauftragten Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 [Gutachten vom 9. Oktober 2009 (Bl. 146 – 223 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen vom 17. März 2010 (S. 1/2 des Protokolls der erstinstanzlichen mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme vom 17. März 2010 (Bl. 258 ff., 258/258 R d. A.))]. Zwar hat der Senat im Hinblick auf die Berufungsbegründung der Klägerin Veranlassung gesehen, ergänzend Beweis zu den Fragen zu erheben, wie genau es zu der offensichtlich vorliegenden Beeinträchtigung von Harnleitern und Blase hat kommen können, welche Maßnahmen zur Verhinderung einer solchen Komplikation hätten ergriffen werden können und inwieweit derartige Maßnahmen dokumentationspflichtig gewesen wären. Zu diesen Fragen überzeugt das Gutachten des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 aber jedenfalls nunmehr und deshalb, weil es durch die Feststellungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 bestätigt worden ist. Und zu sämtlichen übrigen Fragestellungen hat das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. C3 den Senat auch unabhängig von der Bestätigung durch das zweitinstanzlich eingeholte Gerichtsgutachten nicht zuletzt deshalb überzeugt, weil es auf der Basis einer sorgfältigen Auswertung des Akteninhalts und der Krankenunterlagen sowie unter eingehender Auseinandersetzung mit dem von der Klägerin erstinstanzlich vorgelegten Parteigutachten des Sachverständigen Dr. E [Gutachten im Auftrag der AOK Rheinland/Hamburg vom 18. Januar 2008 (Anlage K 9, SH I)] und mit dem Vorbringen der Parteien im Übrigen ausführlich und in sich schlüssig begründet worden ist.

1.

Aufgrund der überzeugend begründeten Feststellungen der Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 und Prof. Dr. L2 und auch nach Ansicht des Parteisachverständigen Dr. E war die Operation am 26. Juni 2007 wegen der Diagnose eines großen Uterus myomatosus medizinisch indiziert [vgl. hierzu etwa S. 52 und 70 des schriftlichen Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl. 146 ff., 197 und 215 d. A.; vgl. hierzu ferner S. 5 und 7 des schriftlichen Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 396 und 398 d. A.); vgl. hierzu auch S. 5/6 des Gutachtens des Parteisachverständigen vom 18. Januar 2008 (Anlage K 9, SH I)]. Dies stellt die Klägerin selbst – zu Recht – nicht in Frage.

2. 29

Auch die von den behandelnden Ärzten im Hause der Beklagten zu 1. gewählte Operationsmethode einer vaginalen Hysterektomie ist nach den überzeugend begründeten Feststellungen der drei Sachverständigen nicht zu beanstanden [vgl. hierzu etwa S. 52/53, und 70 des schriftlichen Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl. 146 ff., 197/198, und 215 d. A.; vgl. hierzu ferner S. 5 und 7 des schriftlichen Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 396 und 398 d. A.); vgl. hierzu auch S. 4, 5/6 des Gutachtens des Parteisachverständigen vom 18. Januar 2008 (Anlage K 9, SH I) sowie S. 9 seines Gutachtens vom 21. Mai 2010 (Bl. 309 ff., 317)]. Dies stellt die Klägerin selbst ebenfalls letztlich nicht in Frage. Sie beruft sich in diesem Zusammenhang vielmehr lediglich darauf, dass sie nicht über die alternative Operationsmethode einer abdominalen Hysterektomie aufgeklärt worden sei, worauf unten zu 5. näher einzugehen sein wird. 30

3. 31

Nach den überzeugend begründeten Feststellungen der Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 und Prof. Dr. L2 ist nicht festzustellen, dass den behandelnden Ärzten im Hause der Beklagten zu 1. bei der umstrittenen Operation am 26. Juni 2007 ein Behandlungsfehler unterlaufen ist [vgl. hierzu etwa: S. 57/58, 70, 73/74 des Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl. 146 ff., 202/203, 215, 218/219 d. A.); vgl. hierzu ferner S. 6, 7 des Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 397, 398 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 25. Januar 2012 (S. 2 – 4 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 437 – 439 d. A.)]. 32

a) 33

Vorab sei insoweit angemerkt, dass entgegen der offenbar bei der Klägerin bestehenden Vorstellung der Umstand, dass es im Zusammenhang mit der Operation zu einer Beeinträchtigung ihrer Ureteren gekommen ist, für sich genommen kein Indiz dafür darstellt, dass den behandelnden Ärzten im Hause der Beklagten zu 1. ein schadensursächlicher Behandlungsfehler unterlaufen wäre. Denn eine Beeinträchtigung der Ureteren gehört zu den typischen Komplikationen, die bei Operationen der hier in Rede stehenden Art auch bei sorgfältigstem Vorgehen der behandelnden Ärzte schicksalhaft auftreten können. Dementsprechend müsste die Klägerin einen schadensursächlichen Behandlungsfehler in vollem Umfang darlegen und beweisen. Dies ist ihr nicht gelungen. 34

b) 35

36

Soweit die Klägerin auch in ihrer Berufungsbegründung nach wie vor eine intraoperative Durchtrennung oder Verletzung der Ureteren behauptet, zu der es gekommen sein müsse, begründet dies eine Haftung der Beklagten nicht.

Denn zum einen liegen nach den ebenso ausführlich wie überzeugend begründeten Feststellungen der Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 und Prof. Dr. L2 Anhaltspunkte dafür, dass es bei der Klägerin intraoperativ zu einer Verletzung oder Durchtrennung der Ureteren gekommen ist, nicht vor; vielmehr kann dies aufgrund der festgestellten Umstände ausgeschlossen werden [vgl. hierzu etwa: S. 60, 62/63, 71, 72, 73 des Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl.146 ff., 205, 207/208, 216, 217, 218 d. A.); vgl. hierzu auch insbesondere die mündlichen Erläuterungen des Sachverständigen Prof. Dr. L2 am 25. Januar 2012 (S. 2 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 437 d. A.)]. Auch der Parteisachverständige hat ausdrücklich betont, dass sich eine intraoperative Verletzung oder gar Durchtrennung der Ureteren nicht feststellen lasse [vgl. etwa S. 15 seines Gutachtens vom 21. Mai 2010 (Bl. 309 ff., 323 d. A.)]. Und zum anderen würde eine intraoperative Verletzung oder Durchtrennung der Ureter für sich genommen aus den oben zu a) angesprochenen Gründen die Annahme eines schadensursächlichen Behandlungsfehlers nicht begründen. Dafür wäre der Nachweis sorgfaltswidrigen Vorgehens der behandelnden Ärzte erforderlich, der indes nicht geführt ist.

37

c)

38

Ein schadensursächlicher Behandlungsfehler mit der Folge einer Haftung der Beklagten ist auch nicht in dem Umstand zu sehen, dass im Rahmen der umstrittenen Operation sehr wahrscheinlich bei dem Setzen der Nähte die Ureteren verzogen worden sind, wodurch es im weiteren Verlauf zu einem Ureterstau gekommen ist.

39

Nach den überzeugend begründeten und anhand einer Abbildung zu den hier in Rede stehenden anatomischen Verhältnissen veranschaulichten Feststellungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 ist es zwar sehr wahrscheinlich, dass es bei der umstrittenen Operation im Rahmen des Setzens der Nähte zu einem Verziehen der Ureteren gekommen ist, wobei dies sehr wahrscheinlich nicht sofort, sondern erst im weiteren Verlauf zu einem beidseitigen Verschluss beider Harnleiter geführt hat, und wobei das Verziehen der Blase selbst nicht als selbstständige Komplikation, sondern als eine zwangsläufige Folge des Verziehens eines der Harnleiter zu betrachten ist [vgl. zu dem Vorstehenden insb. die mündlichen Erläuterungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 am 25. Januar 2012 (S. 2 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 437 d. A.); vgl. hierzu auch S. 6 des Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 397 d. A.); vgl. hierzu auch etwa: S. 63, 64, 65 des Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl.146 ff., 208, 209, 210 d. A.)]. Auch der Parteisachverständige Dr. E hält eine Beeinträchtigung der Ureteren beim Setzen der Nähte für möglich und weist darauf hin, dass dies zu den typischen Komplikationen bei einer McCall-Naht gehöre [vgl. etwa S. 8, 10 seines Gutachtens vom 21. Mai 2010 (Bl. 309 ff., 316, 318 d. A.)]. Der Beweis eines schadensursächlichen Behandlungsfehlers ist der Klägerin aber auch in diesem Zusammenhang nicht gelungen. Vielmehr hat der Senat aufgrund der Feststellungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 keinerlei Zweifel daran, dass es sich hierbei um eine schicksalhafte Komplikation der umstrittenen Operation handeln kann, für die die Beklagten nicht haftbar gemacht werden können [vgl. hierzu etwa: S. 64/65 des Gutachtens des Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl.146 ff., 209/210 d. A.); vgl. hierzu ferner S. 6 des Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 397 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 25. Januar 2012 (S. 2 des Protokolls vom 25. Januar

40

- aa) 41
- Denn zum einen lässt der Operationsbericht mit den dort beschriebenen einzelnen Operationsschritten nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Gerichtssachverständigen erkennen, dass sich die behandelnden Ärzte um eine Schonung der Ureteren in angemessener Weise bemüht haben [vgl. hierzu etwa: S. 55 seines Gutachtens vom 9. Oktober 2009 (Bl.146 ff., 200 d. A.)]. Insbesondere ist bei der umstrittenen Operation ausweislich des Operationsberichtes auch ein Breisky-Spatel zum Einsatz gekommen. Hierzu hat der Gerichtssachverständige Prof. Dr. L2 unter Bezugnahme auf eine farbige Abbildung der hier in Rede stehenden anatomischen Verhältnisse [Anlage zum Sitzungsprotokoll vom 25. Januar 2012 (Bl. 441 d. A.)] sehr anschaulich und zur Überzeugung des Senats ausgeführt, dass es sich bei den Harnleitern und der Blase um Organe handle, die der Gebärmutter unmittelbar benachbart seien in der Weise, dass sie unmittelbar der Gebärmutter anlagen, wobei die Harnleiter etwa 1 – 2 cm unterhalb des Gebärmutterhalses in den Blasenboden mündeten und in diesem Bereich der Scheide anlagen. Zwischen Blase und Gebärmutter sei im Grunde kein Zwischenraum, was bedeute, dass ein Zwischenraum durch Anheben durch einen Beisky-Spatel erst geschaffen werden müsse. Eine solche Distanzierung mittels eines Breisky-Spatels sei auch möglich, wobei allerdings bedacht werden müsse, dass bei einem myomatösen Uterus die Harnleiter verschoben sein könnten. Eine Darstellung der Harnleiter im Sinne eines Abpräparierens sei demgegenüber nicht üblich und sogar kontraindiziert, weil gerade in diesem Bereich auch wichtige Blutgefäße verliefen, wodurch die Gefahr von Blutungen heraufbeschworen würde. Normalerweise sei das Anheben von Blase und Harnleitern über einen Breisky-Spatel allerdings auch ausreichend [vgl. zu dem Vorstehenden insb. die mündlichen Erläuterungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 am 25. Januar 2012 (S. 2 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 437 d. A.)]. 42
- bb) 43
- Zum anderen ist aber nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 zu berücksichtigen, dass zu der Frage, ob und in welcher Weise es im Rahmen des Setzens der Nähte zu einer Beeinträchtigung der Ureteren gekommen sei, im Nachhinein letztlich nur Vermutungen angestellt werden können [vgl. zu dem Vorstehenden insb. die mündlichen Erläuterungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 am 25. Januar 2012 (S. 3 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 438 d. A.)]. 44
- Zur Begründung hat er insbesondere ausgeführt, dass die Frage, wie genau es zu dem Erfassen der ureteralen Strukturen kam, nicht eindeutig beantwortet werden könne. Es sei lediglich sehr wahrscheinlich, aber nicht sicher feststellbar, dass beim Fassen der hinteren Stützbänder die Harnleiter mit verzogen worden seien. Die hinteren Stützbänder seien zum Zwecke der Operation von der Gebärmutter gelöst worden und hätten wieder befestigt werden müssen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass bei der Klägerin eine nicht unbeträchtliche Senkung des Gewebekomplexes, nämlich der Scheide und der anhängenden Gewebestrukturen, bis in das untere Drittel hinein vorgelegen habe. Sicht habe der Operateur bei dieser Operation nur durch die in die Scheide eingebrachten Spiegel gehabt. Die Harnleiter selbst seien in Operationsgegebenheiten der hier in Rede stehenden Art nicht sichtbar. Das Vernähen geschehe in der Weise, dass zunächst beim Scheidenrohr Ecknähte gesetzt würden, von denen ausgehend dann die Scheide rundum vernäht werde. Die Bänder würden dabei mit eingebunden. Bei diesem Vorgang könne es zu einem Verziehen kommen, wobei davon auszugehen sei, dass dies hier in stark ausgeprägtem Maße der Fall gewesen

sei [vgl. zu dem Vorstehenden insb. die mündlichen Erläuterungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 am 25. Januar 2012 (S. 3 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 438 d. A.)].

cc) 45

Auch die Tatsache, dass die Harnleiter an beiden Seiten betroffen sind, stellt nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 kein Indiz für ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen dar [vgl. hierzu insb. seine mündlichen Erläuterungen am 25. Januar 2012 (S. 3 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 438 d. A.)]. Zur Begründung hat er insbesondere ausgeführt, dass schon aus mathematischen Gründen davon auszugehen sei, dass es im Hinblick darauf, dass die Komplikation in Bezug auf einen Ureter mit einer Wahrscheinlichkeit von geschätzt 0,5 % auftrete, zwangsläufig auch zu beidseitigen Komplikationen kommen könne, wenn auch mit einem deutlich geringeren Grad an Wahrscheinlichkeit. Es sei ferner wohl auch davon auszugehen, dass hier durch das Verziehen des Gewebes insgesamt die Gefahr, dass es zu einer solchen Komplikation kommt, erhöht gewesen sei, wobei es sich dabei indes um einen Erklärungsversuch ex post handle und dies nicht bedeute, dass aus der Sicht ex ante weitergehende Vorsorgemaßnahmen zu treffen gewesen wären [vgl. zu dem Vorstehenden insb. die mündlichen Erläuterungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 am 25. Januar 2012 (S. 3 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 438 d. A.)].

dd) 47

Eine abweichende Beurteilung ist auch unter Berücksichtigung des Gutachtens des Parteisachverständigen Prof. Dr. E nicht veranlasst. Insbesondere rechtfertigen es die Ausführungen des Parteisachverständigen Dr. E nicht, das sehr wahrscheinlich eingetretene Verziehen der Ureteren im Rahmen des Setzens der Nähte als Behandlungsfehler zu bewerten. Der Parteisachverständige hat zwar unter Bezugnahme auf eine wissenschaftliche Veröffentlichung darauf hingewiesen, dass es zur Vermeidung dieser Komplikation erforderlich sei, die Ureteren durch Palpieren gegen die seitlichen Scheidenspekula eindeutig zu identifizieren [vgl. etwa S. 7 seines Gutachtens vom 21. Mai 2010 (Bl. 309 ff., 315 d. A.)]. Ob das Unterlassen insoweit aber als Behandlungsfehler bewertet werden muss, ergibt sich aus seinen Ausführungen nicht. Die Ausführungen des Sachverständigen erwecken vielmehr den Eindruck, als wolle er unter Bezugnahme auf wissenschaftliche Veröffentlichungen theoretisch denkbare Möglichkeiten aufzeigen, wie dem Auftreten der hier sehr wahrscheinlich tatsächlich eingetretenen Komplikation entgegengewirkt werden könnte. Und der Umstand, dass in einer wissenschaftlichen Veröffentlichung eine entsprechende Möglichkeit aufgezeigt und ein entsprechendes Vorgehen postuliert wird, mag dazu führen, dass ein solches Vorgehen aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist. Dies bedeutet indes keineswegs, dass dieses Vorgehen zum standardmäßigen Vorgehen gehört, dass dies hier konkret möglich gewesen sei, und dass es unterlassen worden sei. Dies schon deshalb nicht, weil der Parteisachverständige in seinem Gutachten vom 18. Januar 2008 ausdrücklich darauf hingewiesen hat, dass bei der vaginalen Hysterektomie die Harnleiter nicht sichtbar seien, sich jedoch unmittelbar neben dem Operationsgebiet befänden, so dass es durch einen Zug am Präparat zur Kniebildung des Ureters kommen könne, und dass eine direkte Darstellung nicht einfach möglich sei sowie den Eingriff unnötig erweitern und zusätzliche Komplikationsquellen schaffen würde [vgl. S. 7 des Gutachtens vom 18. Januar 2008 (Anlage K 9, SHI)]. Im Übrigen kann auch nicht festgestellt werden, dass bei der Klägerin durch ein Palpieren der Ureteren gegen die seitlichen Scheidenspekula aufgrund der konkreten anatomischen Gegebenheiten die eingetretene Komplikation erfolgreich hätte vermieden

werden können. Und der Umstand, dass es zu dieser Komplikation gekommen ist, lässt für sich genommen den Schluss auf ein nicht ordnungsgemäßes Vorgehen der behandelnden Ärzte aus den oben zu a) ausgeführten Gründen nicht zu.

d) 49

Es ist auch nicht als Behandlungsfehler zu bewerten, dass die behandelnden Ärzte im Hause der Beklagten zu 1. keine intraoperative Zystoskopie durchgeführt haben. 50

Dass ein konkreter Anlass für eine solche Maßnahme bestanden hätte, sagen selbst die Klägerin und das von ihr vorgelegte Gutachten des Parteisachverständigen des Parteisachverständigen Dr. E nicht. Es kann nicht festgestellt werden, dass sich intraoperativ Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der Ureteren welcher Art auch immer gezeigt hätten. 51

Und es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Durchführung einer rein prophylaktischen intraoperativen Zystoskopie zum standardmäßigen Vorgehen gehört. Der Umstand, dass dies in einer von vielen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu diesem Thema postuliert wird [vgl. hierzu S. 10 des Gutachtens des Parteisachverständigen vom 21. Mai 2010 (Bl. 309 ff., 318 d. A.)], reicht zu einer Bewertung einer intraoperativen Zystoskopie als standardmäßiges Vorgehen sicher nicht aus. Der Gerichtssachverständige hat das Vorgehen der behandelnden Ärzte während der hier umstrittenen Operation als in jeder Hinsicht behandlungsfehlerfrei bewertet und damit zugleich festgestellt, dass eine intraoperative Zystoskopie nicht hätte durchgeführt werden müssen. Diese Feststellung des Gerichtssachverständigen und die Begründung hierfür überzeugen den Senat mehr als die Ausführungen des Parteisachverständigen in diesem Zusammenhang. Denn eine Zystoskopie stellt einen Eingriff in den Körper der jeweils betroffenen Patientin dar, der – wie jeder Eingriff – Risiken mit sich bringt. Dementsprechend bedarf es eines triftigen Grundes für einen solchen Eingriff. Und den zeigt der Parteisachverständige nicht auf. Er führt zwar aus, dass Beeinträchtigungen der Ureteren bei Operationen der hier in Rede stehenden Art in den meisten Fällen intraoperativ nicht bemerkt würden, und dass die Zystoskopie in vielen Fällen zum Erkennen entsprechender Komplikationen führe [vgl. hierzu S. 11 des Gutachtens des Parteisachverständigen vom 21. Mai 2010 (Bl. 309 ff., 319 d. A.)]. Er betont aber zugleich auch, dass eine Abknickung der Ureteren nicht stets im Rahmen einer Zystoskopie erkannt werden könne [vgl. hierzu S. 10 des Gutachtens des Parteisachverständigen vom 21. Mai 2010 (Bl. 309 ff., 318 d. A.)]. Wenn dies schon für eine Ureterabknickung gilt, muss dies auch – wenn nicht sogar erst recht – gelten, wenn die Ureteren lediglich im Rahmen der McCall-Naht mit erfasst worden sind. Dementsprechend handelte es sich bei einer rein prophylaktisch durchgeführten intraoperativen Zystoskopie um einen potentiell risikobehafteten Eingriff, der keinen sicheren Aufschluss zu der Frage zu geben vermag, ob sich bei der Operation mögliche Komplikationen ergeben haben oder nicht. Es mag gleichwohl aus medizinisch-sachverständiger Sicht vertretbar sein, eine solche Maßnahme zu ergreifen. Als standardmäßiges Vorgehen verlangt werden kann dies indes sicherlich nicht. 52

4. 53

Auch die postoperative Versorgung der Klägerin durch die behandelnden Ärzte im Hause der Beklagten zu 1. ist nach den überzeugend begründeten Feststellungen der Gerichtssachverständigen Prof. Dr. C3 und Prof. Dr. L2 nicht zu beanstanden. Insbesondere ist nach den überzeugend begründeten Feststellungen der Gerichtssachverständigen davon auszugehen, dass die behandelnden Ärzte ebenso zügig wie angemessen auf die festgestellte Anurie reagiert haben [vgl. hierzu etwa: S. 71 – 73 des Gutachtens des Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl. 146 ff., 216 – 218 d. A.); vgl. hierzu ferner etwa S. 7 des 54

Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 398 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 25. Januar 2012 (S. 4 des Protokolls vom 25. Januar 2012, Bl. 436 ff., 439 d. A.)].

Dass nach Erkennen der Anurie nicht sofort versucht worden ist, die McCall-Nähte zu lösen, kann nicht als Behandlungsfehler bewertet werden. Selbst der Parteisachverständige bringt insoweit lediglich seine Verwunderung darüber zum Ausdruck, dass das Lösen der Mc-Call-Nähte von den behandelnden Ärzten im Hause der Beklagten zu 1. nicht erwogen und den urologischen Nachbehandlern ein entsprechender Hinweis nicht erteilt worden sei. Das heißt aber nicht zugleich, dass das Unterlassen insoweit als Behandlungsfehler zu bewerten sei. 55

Im Übrigen könnte die Klägerin auf diesen Umstand ihre Ansprüche gegen die Beklagten selbst dann nicht stützen, wenn insoweit von einem Behandlungsfehler auszugehen sein sollte. Denn es kann jedenfalls nicht festgestellt werden, dass ein eventueller Behandlungsfehler insoweit für die bei der Klägerin eingetretenen gesundheitlichen und sonstigen Schäden kausal geworden wäre. Der Parteisachverständige betont selbst, dass nicht sicher festgestellt werden könne, dass sich bei zeitnahe Lösen der Mc-Call-Nähte ein für die Klägerin günstigerer Verlauf ergeben hätte. Die Klägerin ist aber für die Kausalität in vollem Umfang beweispflichtig. Beweiserleichterungen kommen ihr insoweit ersichtlich nicht zugute. 56

5. 57

Auch auf die in der Berufungsinstanz erneut erhobene Aufklärungsrüge kann die Klägerin ihre Forderung gegen die Beklagten nicht mit Erfolg stützen. Dies gilt schon deshalb, weil die Klägerin insoweit gemäß §§ 296, 531 ZPO präkludiert ist. Denn sie hat in der erstinstanzlichen mündlichen Verhandlung am 17. März 2010 ausdrücklich erklärt, dass die Aufklärungsrüge fallengelassen werde [S. 3 des Protokolls vom 17. März 2010, Bl. 258 ff., 259 d. A.]. Die Aufklärungsrüge ist aber auch unabhängig davon ersichtlich unbegründet. 58

a) 59

Denn die in den Krankenunterlagen der Beklagten dokumentierte Aufklärung der Klägerin ist nach den überzeugenden Feststellungen der Gerichtssachverständigen nicht zu beanstanden [vgl. hierzu etwa: S. 27, 53, 75/76 des Gutachtens des Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl.146 ff., 172, 198, 220/221 d. A.); vgl. hierzu ferner S. 5/6 und 7 des Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 396/397 und 398 d. A.)]. Der Sachverständige Prof. Dr. C3 hat hierzu insbesondere ausgeführt, dass in der dokumentierten Aufklärung ausdrücklich auf alle aus medizinisch-sachverständiger Sicht aufklärungsbedürftigen Risiken hingewiesen worden sei, insbesondere auch auf die mögliche Beeinträchtigung von Nachbarorganen; auf Letzteres hat auch der Sachverständige Prof. Dr. L2 hingewiesen [vgl. hierzu etwa: S. 27 des Gutachtens des Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl.146 ff., 172 d. A.); vgl. hierzu ferner S. 5 des Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 396 d. A.)]. Aus den Krankenunterlagen ist ersichtlich, dass in dem Aufklärungsbogen insoweit ausdrücklich auch auf eine mögliche Beeinträchtigung der Ureteren hingewiesen wird, und dass ausweislich des an der entsprechenden Passage angebrachten Häkchens hierüber mit der Klägerin im Rahmen des Aufklärungsgesprächs gesprochen worden ist. Auch der Parteisachverständige Dr. E hat trotz seines erkennbaren Bemühens, sämtliche denkbaren Problempunkte des vorliegenden Streitfalls mit bemerkenswerter Sorgfalt und unter dankenswert ausführlichem Einbeziehen der wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu den hier berührten Komplexen zu beleuchten und auch auf mögliche Versäumnisse der behandelnden Ärzte im Hause der 60

Beklagten zu 1. hin zu überprüfen, Mängel hinsichtlich der Aufklärung nicht festgestellt.

Die Klägerin kritisiert ihre präoperative Aufklärung auch ohne Erfolg mit dem Vorwurf, sie sei nicht darüber aufgeklärt worden, dass es neben dem vaginalen Zugang auch die Möglichkeit des abdominellen Zugangs gegeben habe. Denn entgegen diesem Vorbringen der Klägerin ergibt sich aus dem mit Anmerkungen versehenen Aufklärungsbogen, dass über die verschiedenen Operationsmethoden gesprochen worden ist. In dem Aufklärungsbogen ist neben dem tatsächlich später durchgeführten vaginalen Zugang auch der abdominelle Zugang angesprochen und im Einzelnen erläutert und es ist durch ein entsprechendes Kreuzchen eingetragen, dass eine Entscheidung für den vaginalen Zugang getroffen worden ist.

61

b)

62

Es ist auch davon auszugehen, dass die Aufklärung der Klägerin so durchgeführt worden ist, wie sie dokumentiert ist. Denn der Dokumentation des behandelnden Arztes kann im Allgemeinen mit der Folge, dass die dokumentierten Maßnahmen als erwiesen angesehen werden können, Vertrauen geschenkt werden, wenn sie insgesamt angemessen, vollständig und zeitnah zur Behandlung erstellt ist, und wenn Anhaltspunkte, die Zweifel an der Zuverlässigkeit begründen könnten, nicht vorliegen [vgl. hierzu etwa BGH, NJW 1981, 2002, Juris-Rn. 27, sowie statt vieler auch: Wenzel, Handbuch FA Medizin R/Rosenberger, 2. Aufl., 2008, Kap. 7 Rn. 430 m. w. N.]. So liegt der Fall hier. Die Aufzeichnungen der Beklagten sind in sich stimmig und plausibel und sie genügen den genannten Kriterien. Anhaltspunkte, die Zweifel an der Zuverlässigkeit der Aufzeichnungen des Beklagten begründen könnten, sind weder von der Klägerin vorgetragen worden noch sonst ersichtlich.

63

Insbesondere das Vorbringen der Klägerin zu ihren – angeblich – für die Lektüre des Aufklärungsbogens nicht ausreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache sowie der von ihr behauptete – angebliche – Umstand, dass ihr aus Zeitmangel niemand ihre Fragen beantwortet habe, stellen keine Anhaltspunkte insoweit dar. Dies gilt schon deshalb, weil die Klägerin selbst in erster Instanz ausdrücklich betont hat, dass es ein Aufklärungsgespräch mit ihr auf der Basis des Aufklärungsbogens gegeben habe. Und dass sie dem nicht hätte folgen können, trägt sie selbst nicht vor. Im Übrigen haben die Gerichtssachverständigen darauf hingewiesen, dass die Unterlagen zu dem weiteren Krankheitsverlauf erkennen ließen, dass mit der Patientin ein auch für diese verständliches Gespräch geführt werden konnte; dies gelte namentlich für die Unterlagen der Rehaklinik sowie der Fachklinik für Psychiatrie und ergebe sich insbesondere aus dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten der betreuenden Ärztin Dr. H [vgl. hierzu etwa: S. 53/54 des Gutachtens des Prof. Dr. C3 vom 9. Oktober 2009 (Bl. 146 ff., 198/199 d. A.); vgl. hierzu ferner S. 6 des Gutachtens des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. L2 vom 10. August 2011 (Bl. 392 ff., 397 d. A.)].

64

c)

65

Im Übrigen könnte auch ohne weiteres entgegen dem Akteninhalt und zugunsten der Klägerin unterstellt werden, dass eine Aufklärung über den abdominellen Zugang als denkbare Behandlungsalternative nicht erfolgt, und dass auch im Übrigen die Aufklärung nicht ordnungsgemäß gewesen ist. Denn ggf. könnte jedenfalls von einer hypothetischen Einwilligung ausgegangen werden. Die umstrittene Operation als solche und der vaginale Zugang waren medizinisch indiziert und Anhaltspunkte für einen eventuellen Entscheidungskonflikt der Klägerin sind weder von ihr vorgetragen worden noch aus dem Akteninhalt im Übrigen ersichtlich.

66

67

6.

Der Schriftsatz der Klägerin vom 8. Februar 2012 bietet ebenso wie das persönliche Schreiben der Klägerin an das Gericht nach Schluss der mündlichen Verhandlung keine Veranlassung für eine Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung. Insbesondere besteht auch keine Veranlassung, den Nachbehandler Dr. N3 als Zeugen zu vernehmen. Denn bei von der Klägerin zur Begründung ihres Beweisantrittes angesprochenen Fragen handelt es sich im Wesentlichen um sachverständige Wertungen, die einem Zeugenbeweis nicht zugänglich sind. Und soweit die Klägerin in ihrem Schriftsatz vom 8. Februar 2012 Tatsachen in das Wissen des Sachverständigen stellt, handelt es sich um Tatsachen, die sich ohne Weiteres aus den vorliegenden Krankenunterlagen ergeben. Auch die von der Klägerin ihrem Schriftsatz in Kopie – teilweise auszugsweise – beigefügten Unterlagen des St. F-Krankenhauses L befinden sich – vollständig – bei den zu den Akten gereichten Krankenunterlagen und sind von den Gerichtssachverständigen bei ihrer Begutachtung berücksichtigt worden.

7.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf § 708 Nr. 10, § 711 ZPO.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO hierfür nicht vorliegen. Es geht im vorliegenden Verfahren im wesentlichen um Tatsachenfragen und im übrigen um die Anwendung geltenden Rechts sowie der hierzu in Rechtsprechung und Literatur entwickelten und allgemein anerkannten Grundsätze und damit um eine Einzelfallentscheidung.

Berufungsstreitwert: 79.022,03 Euro

[	40.000,00 €	Antrag zu 1.: Schmerzensgeld	73
+	5.600,00 €	Antrag zu 2.: materieller Schadensersatz; Verdienstausschlag	74
+	24.800,00 €	Antrag zu 3.: Rente wegen Verdienstausschlags bis zum Rentenalter (Kl.: 67)	75
		(§ 42 I GKG: 400 € x 12 x 5 =) 24.000 Euro	76
		zuzügl. (§ 42 IV GKG; Nov. u. Dez. '08; 2 x 400 € =) 800 €	77
+	622,03 €	Antrag zu 4.: weiterer materieller Schaden (Nachbehandlungskosten)	78
+	8.000,00 €	Antrag zu 5.: Feststellung [wie LGU 9]	79
	79.022,03 €	]	80