
Datum: 12.03.2003
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 22/02
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2003:0312.3U22.02.00

Vorinstanz: Landgericht Bielefeld, 4 O 331/00

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 26. Oktober 2001 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt der Kläger.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % abwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor Sicherheit in entsprechender Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Der am 16.01.1952 geborene Kläger litt an rezidivierenden Kieferhöhleninfektionen sowie an einer behinderten Nasenatmung. 1 2

Am 04.12.1979 wurde er stationär in dem von der Beklagten betriebenen Krankenhaus in der HNO-Abteilung aufgenommen. Nach einer Untersuchung wurde die Indikation zur Operation gestellt. Es erfolgt präoperativ eine Blutuntersuchung, die neben weiteren sonst unauffälligen 3

Werten einen Quick-Wert von 40,3 % ergab. Der Normbereich für den Quick-Wert liegt zwischen 70 und 120 %.

Am 05.12.1979 erfolgte gegen Mittag die Operation in Form einer Kieferhöhlenfensterung und einer Nasen-Septum-OP. Postoperativ erbrach der Kläger am gleichen Tag abends mehrfach frisches Blut und es traten Teerstühle auf. Der Kläger wurde auf die Intensivstation verlegt. In der Nacht vom 05.12. auf den 06.12.1979 wurden dem Kläger 20 Milliliter Prothrombinkonzentrat (Hochgerinnungs aktives Plasma) sowie 250 Milliliter Humanalbumin verabreicht. Am 06.12.1979 erfolgte eine Notfallgastroskopie, die den Verdacht auf eine hämorrhagische Fundusgastritis ergab. Im Verlaufe des Tages erhielt der Kläger weitere 250 Milliliter Humanalbumin und 300 Milliliter HGA-Plasma. Am 07.12.1979 wurden 2 mal 250 Milliliter Erythrozytenkonzentrat sowie 2 mal 250 Milliliter Humanalbumin transfundiert. Am 08.12.1979 wurden weitere 250 Milliliter Erythrozytenkonzentrat verabreicht. Eine Gastroskopie ergab keine akut blutende Stelle. Am 09.12.1979 wurden dem Kläger weitere 250 Milliliter Humanalbumin verabreicht. Er wurde auf die innere Klinik zurückverlegt und am 22.12.1979 aus dem Krankenhaus entlassen.

Im Jahre 1989 äußerte der Internist und Rheumatologe Dr. M3 erstmalig den Verdacht, dass der Kläger an einer Hepatitis C erkrankt sein könnte. Bei einem stationären Aufenthalt vom 19.03. bis 19.04.1991 in der Universitätsklinik N wurde die Diagnose einer Hepatitis C gestellt. Diese Diagnose wurde durch weitere Untersuchungen am Universitätsklinikum N und im Krankenhaus der Beklagten bestätigt.

Der Kläger nimmt wegen dieser Erkrankung die Beklagte auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Anspruch und wirft ihr eine fehlerhafte Behandlung im Dezember 1979 vor, wodurch es zu der Hepatitis-C-Infektion gekommen sei. Er hat behauptet, dass die Operation nicht indiziert gewesen sei, da auch eine konservative Behandlung möglich gewesen sei. Jedenfalls hätte die Operation angesichts der bei ihm in den Tagen zuvor bestehenden Magenschmerzen zurückgestellt werden müssen. Auch sei ein erhöhtes Blutungsrisiko wegen eines früheren Alkoholabusus nicht bedacht worden. Weiterhin hat er die Aufklärung vor der Operation beanstandet und behauptet, dass er noch andere Ärzte konsultiert hätte, wenn er über das Risiko einer Blutung mit nachfolgender Bluttransfusion aufgeklärt worden wäre. Aufgrund der Bluttransfusionen sei die Hepatitis-C-Infektion übertragen worden. Sonstige Übertragungswege seien auszuschließen.

Der Kläger hat beantragt,

1.

die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld (Vorstellung: 50.000,-- DM) nebst 4 % Zinsen seit dem 12.07.2000 zu zahlen,

2.

festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihm sämtlichen zukünftigen materiellen Schaden aus Anlass der Krankenhausbehandlung im Dezember 1979 zu ersetzen, soweit Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder andere Dritte übergegangen sind.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

14

Sie hat die Einrede der Verjährung und den Einwand der Verwirkung erhoben. Ferner hat sie behauptet, dass der Kläger im Dezember 1979 lege artis behandelt worden sei. Die Hepatitis-C-Infektion des Klägers sei nicht auf die Bluttransfusion, sondern auf andere Ursachen zurückzuführen. Zwischen der HNO-Operation und der gastrointestinalen Blutung habe kein Zusammenhang bestanden. Die Magenproblematik des Klägers sei auch vor dem Auftreten der Blutung nicht bekannt gewesen.

Das Landgericht hat schriftliche Sachverständigengutachten des Prof. Dr. M2 und des Prof. Dr. Blasczyk eingeholt. Die Gutachten sind sodann von den Oberärzten Dr. M und Dr. I erläutert worden. Sodann hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Es hat dies damit begründet, dass nach den Ausführungen der Sachverständigen die Operation indiziert gewesen sei, Behandlungsalternativen nicht bestanden hätten und eine fehlerhafte Durchführung der Operation sowie der postoperativen Behandlung nicht feststellbar sei. Soweit möglicherweise auf den präoperativ festgestellten Quick-Wert unterhalb von 70 % nicht reagiert worden sei, lasse sich eine Kausalität für die Hepatitis-C-Infektion nicht feststellen. Es fehle bereits an dem Nachweis, dass die postoperativ aufgetretenen Blutungen Folge der Operation gewesen seien. Ebenso wenig sei feststellbar, dass die Hepatitis-C-Infektion des Klägers durch die Bluttransfusionen verursacht worden sei. Seien die aufgetretenen Blutungen mit der Notwendigkeit zur Bluttransfusion auch kein mit dem operativen Eingriff typischerweise verbundenes Risiko, so habe es darüber auch keiner Aufklärung des Klägers bedurft. 15

Mit der form- und fristgerecht eingelegten und begründeten Berufung verfolgt der Kläger sein Schadensersatz- und Schmerzensgeldbegehren weiter. Er behauptet, dass es fehlerhaft, möglicherweise sogar grob fehlerhaft gewesen sei, auf den laborchemischen Befund vom 04.12.1979 mit dem ausgewiesenen Quick-Wert von 40,3% nicht zu reagieren. Jedenfalls hätten die Ärzte der Beklagten weitere Befunde erheben müssen, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine erhöhte Blutungsneigung ergeben hätten, weshalb von der Kieferhöhlen-/Nasenscheidewandoperation hätte Abstand genommen werden müssen. Auch sei die postoperative Blutung im Nasen- und Rachenraum mitursächlich dafür geworden, dass die Bluttransfusion notwendig geworden sei. Der Kläger meint, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für den Nachweis der Kausalität zwischen der Operation und der Hepatitis-C-Infektion ausreiche, da durch die Operation die Primärverletzung geschaffen worden sei. Er behauptet, dass er keine weiteren Risikofaktoren für eine solche Infektion aufweise. Schließlich wiederholt er die Aufklärungsrüge und behauptet, dass die Operation nur relativ indiziert gewesen sei und keine Risikoaufklärung stattgefunden habe. Wäre ihm das gesamte Risikospektrum mitgeteilt worden, hätte er anderweitigen ärztlichen Rat eingeholt. 16

Der Kläger beantragt, 17

das am 26.10.2001 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld abzuändern und 18

1. 19

die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein angemessenes, der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld (Vorstellung 50.000,- DM) nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 12.07.2000 zu zahlen, sowie 20

2. 21

22

festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihm sämtliche materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, die aus der Krankenhausbehandlung der Beklagten im Dezember 1979 resultieren, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.

Die Beklagte beantragt, 23

die Berufung zurückzuweisen. 24

Sie wiederholt ihr erstinstanzliches Vorbringen und verteidigt das angegriffene Urteil. Sie behauptet, dass die Operation optimal verlaufen sei. Eine Ursächlichkeit der Operation für die Gabe der Bluttransfusionen bestehe nicht. Die Gabe der Bluttransfusionen seien vital indiziert gewesen. Alternative Behandlungsmöglichkeiten hätten nicht bestanden. Eine gastrointestinale Blutung sei auch nicht zu befürchten gewesen. Soweit der Quick-Wert nicht weiter kontrolliert worden sei, sei dies im Hinblick auf die Operation bedeutungslos, weil bei dieser keine außergewöhnliche Blutung aufgetreten sei. Es müsse ohnehin davon ausgegangen werden, dass es sich bei dem Quick-Wert von 40,3 % um ein labortechnisch bedingtes Versehen handle. Auch fehle ein Zusammenhang zwischen der gastrointestinalen Blutung und dem Quick-Wert, weil die Blutung durch eine Gefäßanomalie entstanden sei und nicht durch eine pathologische Blutungsneigung. Das Gerinnungssystem des Klägers habe einwandfrei funktioniert. Veranlassung zu weiteren Untersuchungen habe schon deshalb nicht bestanden, weil der Kläger seine gesundheitlichen Probleme vor der Operation nicht mitgeteilt habe. Weitere Erkenntnisse über den Ursprung der ihm verabreichten Blutkonserven seien nicht möglich, weil die dokumentierenden Journalbücher vernichtet seien. 25

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze sowie die Krankenunterlagen der Beklagten, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, verwiesen. 26

Der Senat hat den Kläger angehört und Beweis erhoben durch Anhörung der Sachverständigen Prof. Dr. M2 und Dr. I. Wegen des Ergebnisses der Anhörung und der Beweiserhebung wird auf den Berichtstattervermerk vom 12. März 2003 verwiesen. 27

Entscheidungsgründe 28

Die zulässige Berufung bleibt erfolglos. 29

Dem Kläger stehen gegen die Beklagten keine Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche aus der Behandlung im Dezember 1979 aufgrund einer positiven Vertragsverletzung des Krankenhausaufnahmevertrages oder gem. §§ 831, 847 BGB zu. 30

1. 31

Nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ist schon fraglich geworden, ob die Beklagte überhaupt für einen Behandlungsfehler bei der Durchführung der Kieferhöhlenfensterung und der Nasenscheidewandoperation am 05.12.1979 haftbar zu machen ist. Denn nach den Ausführungen des Klägers kommt in Betracht, dass der Operateur Dr. H als Belegarzt tätig wurde. In diesem Falle wäre für den Entschluss zur Operation und deren Durchführung allein der Belegarzt verantwortlich (vgl. Steffen/Dressler, Arzthaftungsrecht, 9. Aufl., Rdn. 24; 103 ff. m. w. N.). 32

Eine abschließende Aufklärung dieser Problematik ist jedoch nicht erforderlich, da eine Haftung der Beklagten auch dann nicht besteht, wenn man zugunsten des Klägers die Passivlegitimation der Beklagten unterstellt. Aus diesem Grunde brauchte auch dem Schriftsatzantrag des Klägers im Senatstermin am 12.03.2003 nicht entsprochen zu werden.

2.

34

Auch die Frage, ob die Behandlung des Klägers der nach dem damaligen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gebotenen Sorgfalt nicht genügte und damit fehlerhaft erfolgte, braucht nicht abschließend entschieden zu werden. Die ergänzende Beweisaufnahme vor dem Senat hat allerdings keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Operation vom 07.12.1997 nicht indiziert gewesen oder unsachgemäß durchgeführt worden wäre. Ebenso wenig kann der Vorwurf erhoben werden, dass auf die beim Kläger im Vorfeld der Operation bestehenden Magenbeschwerden nicht reagiert worden wäre, denn es lässt sich *schon* nicht feststellen, dass der Kläger diese Beschwerden vor seiner Aufnahme auf die Intensivstation, als die Blutungen bereits eingetreten waren, offenbart hätte. Einziger Ansatzpunkt für einen Behandlungsfehler ist daher, dass der operierende Arzt die Ergebnisse der Blutuntersuchung des Klägers vom 04.12.1979 nicht in dem gebotenen Maße gewürdigt hätte und aufgrund des außerhalb des Normbereichs liegenden Quick-Wertes von 40,3 % zunächst von der Operation Abstand nahm, um zunächst eine Besserung des Wertes zu erreichen. Insofern hat der Sachverständige Prof. Dr. M2 bei seiner Anhörung durch den Senat einerseits ausgeführt, dass er selbst den gemessenen Quick-Wert zum Anlass genommen hätte, eine Kontrolluntersuchung durchzuführen und bei Bestätigung des Wertes konsiliarischen Rat einzuholen, welche Ursache diesem Wert zu Grunde liegt und wie der Wert zu verbessern sei. Ebenso hat der Sachverständige ausgeführt, dass er als Chefarzt das Verhalten eines Oberarztes rügen würde, der bei der Nichtbeachtung eines solchen Quick-Wertes gegen einen niedergelegten Qualitätsstandard verstoßen hätte. Andererseits hat der Sachverständige aber auch ausgeführt, dass er die Entscheidung zur Operation trotz des gemessenen Quick-Wertes für vertretbar hielt und insofern die Verantwortung des Operateurs betont. Diese Ausführungen sprechen wiederum dafür, dass der ärztliche Standard trotz des gemessenen Quick-Wertes bei dem Entschluss zur Operation im Falle des Klägers noch nicht unterschritten war, zumal davon ausgegangen werden muss, dass die zusätzliche Magenproblematik des Klägers seinerzeit nicht bekannt war.

35

3.

36

Aber auch dann, wenn man zugunsten des Klägers unterstellt, dass die Durchführung der Operation ohne Überprüfung und Besserung des Quick-Wertes fehlerhaft war, so fehlt es jedenfalls an dem erforderlichen Nachweis, dass durch diesen Behandlungsfehler letztlich die Hepatitis-C-Infektion bei dem Kläger verursacht wurde. Dabei mag zugunsten des Klägers weiterhin noch unterstellt werden, dass durch eine Kontrolle des Quick-Wertes und eine Behandlung der Leberfunktionen oder andere Maßnahmen eine Blutung im Rachenraum wie auch die gastrointestinale Blutung bei dem Kläger und damit auch die Gabe von Bluttransfusionen vermieden worden wären, weshalb der Senat auch davon absehen konnte, ein zusätzliches gastroenterologisches Sachverständigengutachten einzuholen.

37

Denn jedenfalls vermag der Kläger nicht den Nachweis zu führen, dass die Blutersatzstoffe, die ihm zwischen dem 05. und 09.12.1979 verabreicht wurden, mit Hepatitis-C-Erregern kontaminiert und Ursache der 1989 erstmals vermuteten und 1991 sicher diagnostizierten Hepatitis-C-Infektion waren. Eine solche Feststellung lässt sich auch nicht unter Berücksichtigung des Umstandes treffen, dass nach Auffassung des Senates für diese Beweisführung der Maßstab des § 287 Abs. 1 ZPO anzulegen ist und daher eine

38

überwiegende Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit der Behauptung des Klägers ausgereicht hätte. Denn bei der Hepatitis-C-Infektion handelt es sich um einen Sekundärschaden, der aus der Primärverletzung der gastrointestinalen Blutung resultieren würde. Die gastrointestinale Blutung ist deshalb als Primärschaden zu sehen, weil sie den ersten Verletzungserfolg des – unterstellten – ärztlichen Behandlungsversäumnisses darstellt, weil sich die in Betracht kommende Versäumnisse der Behandlerseite auf die Verhinderung dieser Blutung beziehen.

Der Senat vermag aber nicht festzustellen, dass auch nur eine überwiegende Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Hepatitis-C-Infektion des Klägers durch die Bluttransfusionen ausgelöst wurde. Dies ergibt sich aus den Ergebnissen der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme, die die bereits vom Landgericht gefundenen Ergebnisse bestätigt hat. Der Senat folgt dabei den Ausführungen des Sachverständigen Dr. I. Seine Ausführungen waren überzeugend. Als Oberarzt der Abteilung für Transfusionsmedizin der medizinischen Hochschule I2 verfügt der Sachverständige über ein breites Fachwissen und einen erheblichen Erfahrungsschatz. Seine Ausführungen waren in jeder Hinsicht nachvollziehbar, ausgewogen und fundiert. Demnach erscheint es zwar durchaus möglich, dass die Ursache der Hepatitis-C-Infektion des Klägers Ende 1979 erfolgten Bluttransfusion liegt. Eine sichere Feststellung oder auch nur die Feststellung einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist aber insbesondere angesichts des langen Zeitraumes zwischen möglicher Infektionsquellen und deren Diagnose nicht möglich. Der Sachverständige hat überzeugend ausgeführt, dass durchaus auch in Betracht kommt, dass sich der Kläger die Infektion bereits vor der Bluttransfusion oder zu einem späteren Zeitpunkt zugezogen hat. So konnten bei dem Kläger bereits nicht sämtliche in der medizinischen Wissenschaft als gesichert geltenden Übertragungswege ausgeschlossen werden. Zwar besteht kein Anhaltspunkt dafür, dass der Kläger den von dem Sachverständigen genannten Risikogruppen der Drogenabhängigen, Homosexuellen, Prostituierten oder Häftlingen zugeordnet werden kann. Auch kann dem Kläger abgenommen werden, dass er in dem Zeitraum von 1979 bis 1991 keine weiteren Bluttransfusionen erhalten hat. Gleichwohl kann schon nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass sich der Kläger die Infektion durch Sexualkontakte zugezogen hat, da nach den Ausführungen des Sachverständigen schon bei einem normalen Sexualkontakt außerhalb der Risikogruppen, erst recht aber bei einem eventuellen Kontakt mit Prostituierten eine Ansteckung möglich erscheint. Diesen Übertragungsweg vermag der Kläger nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auszuräumen. Vor allem ist aber zu berücksichtigen, dass nach den Darstellungen des Sachverständigen Dr. I bei einer erheblichen Zahl der Hepatitis-C-Erkrankungen eine sogenannte sporadische Infektion stattgefunden hat, bei der mit den als gesichert erkannten Infektionswegen die Infizierung des Patienten nicht zu erklären ist. Warum es bei diesen Patienten gleichwohl zu einer Infektion kam, vermag die medizinische Wissenschaft bis zum heutigen Tage nicht sicher zu erklären. Gerade die sporadische Infektion besitzt jedoch praktisch eine erhebliche Bedeutung, da ihr in der medizinischen Literatur zwischen 30 bis 70 % der Infektionsfälle zugerechnet werden, wobei der Sachverständige einen Mittelwert von 50 % angab. Diese Bewertung ändert sich auch dann nicht, wenn man in Einklang mit den Feststellungen des Oberlandesgerichts Brandenburg (NJW 2000, Seite 1500 (1501)) nur von einer Häufigkeit von 40 % bei den sporadischen Infektionen ausgehen würde.

39

Sonstige Beweiserleichterungen kann der Kläger nicht in Anspruch nehmen. So hat die höchstrichterliche Rechtsprechung in der Vergangenheit bereits wiederholt die Anwendung der Grundsätze des Anscheinsbeweises bei einer bestehenden Hepatitis- oder HIV-Infektion nach in der Vergangenheit liegender Bluttransfusion abgelehnt (vgl. OLG Brandenburg, NJW 2000, Seite 1500 (1502); OLG Düsseldorf, NJW 1995, Seite 3060; KG, AHRS 6510/27). Von

40

dieser Rechtsprechung abzuweichen, besteht kein Anlass, wenn man die Ausführungen des Sachverständigen Dr. I über die Vielfältigkeit der möglichen Übertragungswege einer Hepatitis-C-Infektion berücksichtigt, zumal im vorliegenden Fall zwischen der Bluttransfusion und dem Feststellen der Infektion über 10 Jahre lagen.

Auch eine Beweiserleichterung aufgrund eines groben Behandlungsfehlers scheidet aus. 41
Dies folgt schon daraus, dass es sich bei der Hepatitis-C-Infektion nach Ansicht des Senats nicht um einen Primär-, sondern um einen Sekundärschaden handelt. Die Beweiserleichterung aufgrund eines groben Behandlungsfehlers bezieht sich jedoch regelmäßig nur auf die Primärverletzung, wenn nicht der Sekundärschaden gerade typische Folge der Primärverletzung ist, weil sich die Verschleierung des Ursachenzusammenhanges durch den groben Behandlungsfehler auf die Kausalitätsfeststellung für den Sekundärschaden im Regelfall nicht auswirkt (vgl. BGH, NJW 1988, Seite 2948 (2949); 1994, Seite 801 (803)). Bei der Hepatitis-C-Infektion handelt es sich aber nicht um eine typische Folge einer Bluttransfusion. Dies folgt schon aus den Ausführungen des Sachverständigen Dr. I, dass trotz einer Vielzahl von Bluttransfusionen in den 70iger und 80iger Jahren des vergangenen Jahrhunderts, als ein Nachweis des Hepatitis-C-Virus im Spenderblut nicht möglich war, heute keine Vielzahl von Altinfektionen zu beklagen ist. Im Übrigen liegt aber angesichts der überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. M2 aber auch die Annahme fern, dass in der unterbliebenen Kontrolle und Reaktion auf den gemessenen Quick-Wert ein grober Behandlungsfehler liegen könnte. Dies folgt schon daraus, dass der Sachverständige die Entscheidung zur Operation trotz des gemessenen Quick-Wertes sogar noch für vertretbar hielt und ein Arzt der von ihm betriebenen Klinik nicht mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen rechnen müsste, wenn er eine ähnliche Verhaltensweise zeigen würde.

Schließlich scheidet ein Behandlungsfehler bei der Auswahl und Verabreichung der 42
eingesetzten Blutersatzstoffe aus. Wie der Sachverständige Dr. I schon vor dem Landgericht überzeugend dargelegt hat, bestand angesichts der absinkenden Blutwerte infolge der gastrointestinalen Blutung beim Kläger eine vitale Indikation für die Verabreichung dieser Präparate. Im Jahre 1979 war es auch noch nicht möglich, die Kontaminierung des Blutes mit Hepatitis-C-Erregern festzustellen und zu vermeiden. Schließlich kann dem ärztlichen Personal der Beklagten auch nicht vorgeworfen werden, die eingesetzten Blutpräparate aus einer unsicheren Quelle beschafft zu haben. Insofern hat die Beklagte unwidersprochen und durch Transfusionsberichte in den Krankenakten gestützt vorgetragen, dass sie ihre Blutpräparate von dem DRK-Landesverband Nordrhein-Westfalen bezogen hätte, ohne dass irgendwelche Anhaltspunkte für die Unzuverlässigkeit dieser Quelle bestünden. Eine Beweiserleichterung wegen Unvollständigkeit der Dokumentation infolge der Vernichtung der Journalbücher kommt schließlich schon aus diesem Grunde dem Kläger nicht zugute, weil die Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren für die Unterlagen (vgl. hierzu Steffen/ Dressler, a.a.O., Rdn. 462) bereits abgelaufen war, bevor der Beklagten die mögliche Beweisrelevanz dieser Unterlagen bewusst sein konnte.

4. 43

Dem Kläger stehen auch keine Ansprüche wegen einer unzureichenden Aufklärung über die 44
Risiken der am 05.12.1979 durchgeführten Operation zu. Einer Aufklärung über das Risiko der Magenblutung mit der Notwendigkeit einer Bluttransfusion bedurfte es nicht, da es sich um kein typisches Risiko der vorgenommenen Operation handelte, sondern um ein Geschehen, welches durch eine anderweitige Erkrankung des Klägers im gastrointestinalen Raum ausgelöst wurde. Dass hingegen die Bluttransfusionen durch die postoperativen Blutungen im Rachenraum bedingt waren oder diese zumindest mitursächlich wurden, ist

nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. M2 nicht mit ausreichender Sicherheit feststellbar, denn dem Kläger war eine Bellocq-Tamponade gelegt worden, welche die Blutungen im Rachenbereich zum Stillstand brachte. Insbesondere deshalb erscheint es möglich, dass die weitere Blutungsquelle im Körper des Klägers für die Notwendigkeit der Bluttransfusion allein verantwortlich war. Auch kann nicht festgestellt werden, dass dem Kläger durch die Operation selbst ein Schaden entstanden ist. Der indizierte Eingriff erfolgte lege artis und war hinsichtlich der Kieferhöhlen- und Nasenscheidewandbeschwerden des Klägers erfolgreich. Eine Verursachung der Hepatitis-C-Infektion durch die Operation lässt sich, wie bereits ausgeführt wurde, nicht nachweisen.

5. 45

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 46

Die Voraussetzungen einer Zulassung der Revision gem. § 543 ZPO lagen nicht vor. Der Rechtsstreit besitzt keine grundsätzliche Bedeutung, da über die Besonderheit eines Einzelfalles zu entscheiden war. Eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs ist auch nicht zum Zwecke der Rechtsfortbildung oder Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung geboten. Der Senat hatte weder über offene, bislang von der Rechtsprechung nicht abschließend oder kontrovers entschiedene Rechtsfragen zu befinden, noch ist er von der Entscheidung anderer Oberlandesgerichte oder der höchstrichterlichen Rechtsprechung abgewichen. 47

Dieses Urteil beschwert den Kläger mit mehr als 20.000,-- Euro. 48