
Datum: 30.11.2005
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 61/05
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2005:1130.3U61.05.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 1 O 3/04

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 12.01.2005 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

Der am 09.05.1935 geborene Kläger verlangt Schmerzensgeld wegen infektiöser Komplikationen nach Einsatz einer Hüftendoprothese links im Krankenhaus der Beklagten am 11.02.1997.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhaltes wird zunächst gemäß § 540 ZPO auf die Feststellungen in dem angefochtenen Urteil verwiesen.

Mit der Berufung rügt der Kläger unvollständige Sachverhaltsaufklärung. Er wiederholt seine Behauptung, dass die Operation vom 11.02.1997 nicht von einem Facharzt vorgenommen

1

2

3

4

5

worden sei. Auch habe die Operation mit 2 ½ Stunden übermäßig lange gedauert. Es sei der falsche Zugang gewählt worden und auf die aufgetretene Infektion nicht zutreffend reagiert worden. Nach seiner Auffassung greifen daher die Grundsätze des Anscheinsbeweises ein. Ferner behauptet der Kläger, dass er bei sachgerechter Aufklärung das Krankenhaus der Beklagten verlassen hätte.

Der Kläger beantragt,

6

das am 12.01.2005 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen abzuändern und die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld (Vorstellung: 20.000,-- Euro) nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.08.2002 zu zahlen.

Die Beklagten beantragen,

8

die Berufung zurückzuweisen.

9

Sie verteidigen das angefochtene Urteil und vertiefen ihre Behauptung, dass die

10

Operation nicht länger als 2 Stunden gedauert habe. Die Operation sei von dem Assistenzarzt Dr. Q unter Aufsicht des Beklagten zu 2) durchgeführt worden. Der gewählte hintere Zugang beinhalte die schonendste Operationsmethode. Der beim Kläger aufgetretene Keim sei ein Hautkeim, dessen Auftreten von der Operationsdauer unabhängig sei. Die Aufklärung für die Operationen vom 11.02.1997 und 23.05.1997 sei ordnungsgemäß erfolgt. Ein Hinweis auf ein bestehendes Luxationsrisiko sei nicht erforderlich, da es sich nicht um ein Risiko des Eingriffs handele.

11

Der Senat hat den Kläger und den Beklagten zu 2) angehört und Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. I. Wegen der Ergebnisse der Parteianhörung und der Beweisaufnahme wird auf den Berichterstattevermerk zum Senatstermin vom 30. November 2005, wegen der Einzelheiten des Parteivortrags im Berufungsverfahren auf die in der Berufungsinstanz gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

12

II.

13

Die zulässige Berufung hat keinen Erfolg.

14

Dem Kläger stehen keine Schmerzensgeldansprüche gegen die Beklagten gemäß §§ 823, 31, 831, 847 BGB (a. F.) zu.

15

Auch nach der vom Senat durchgeführten ergänzenden Beweisaufnahme lässt sich nicht feststellen, dass die schwere Infektion im Operationsgebiet durch einen Behandlungsfehler, der von den Beklagten zu verantworten wäre, hervorgerufen wurde (dazu 1.). Die Beklagten haften auch nicht deshalb, weil ihre Eingriffe aufgrund unwirksamer Operationseinwilligung des Klägers unwirksam gewesen wäre (dazu 2.).

16

Der Senat folgt bei seiner Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. I. Der Sachverständige vermochte sein schriftliches Gutachten vom 30.09.2004 überzeugend zu erläutern. Seine Ausführungen waren in jeder Hinsicht nachvollziehbar und schlüssig.

17

1.

18

Dem Beklagten fällt kein Behandlungsfehler zur Last.	19
Die Indikation zu der Operation am 11.02.1997 steht außer Frage.	20
Allein das Auftreten einer Infektion im Operationsgebiet lässt keinen Rückschluss auf ein fehlerhaftes Vorgehen oder einen Verstoß gegen Hygieneanforderungen zu und begründet auch keinen Anscheinsbeweis hierfür. Wie dem Senat aus zahlreichen anderen Verfahren bekannt ist und vom Sachverständigen auch im vorliegenden Fall bestätigt wurde, ist eine absolute Keimfreiheit im Operationssaal nicht erreichbar. Die Wege, auf denen sich die unvermeidlich vorhandenen Keime verbreiten, sind im Einzelnen nicht kontrollierbar. Daher gehören Keimübertragungen, die trotz Einhaltung der gebotenen hygienischen Vorkehrungen vorkommen, zum entschädigungslos bleibenden Krankheitsrisiko des Patienten. Eine Haftung der Behandlerseite für die Infizierung der Operationswunde kommt nur in Betracht, wenn die Keimübertragung durch die gebotene hygienische Vorsorge hätte verhindert werden können. Steht fest, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich hervorgegangen sein muss, so hat der Krankenträger für die Folgen der Infektion einzustehen, sofern er nicht nachweisen kann, dass ihn ausnahmsweise kein Verschulden trifft (vgl. BGH, NJW 1991, Seite 1541; Steffen/Dressler, Arzthaftungsrecht, 9. Aufl., Rdn. 495/497).	21
Derartige Hygieneverstöße sind im vorliegenden Fall weder schlüssig dargetan noch sonst erkennbar. Der Kläger hat nicht dargelegt, warum von den Beklagten der hygienische Standard nicht eingehalten worden sein soll. Darüber hinaus sind dem Beklagten aber auch keine sonstigen Verstöße gegen den guten fachärztlichen Standard vorzuwerfen, wodurch sich für ihn das Infektionsrisiko erhöht hätte.	22
So hat der Senat keinen Zweifel, dass die Operation in zulässiger Weise von dem Assistenzarzt Dr. Q unter Aufsicht des Beklagten zu 2) als erfahrenem Facharzt durchgeführt wurde. Dies ergibt sich aus dem Operationsbericht, der an erster Stelle das Kürzel "Pr" für den Zeugen Dr. Q als Operateur und an zweiter Stelle das Kürzel "Ba" für den Beklagten zu 2) als ihm assistierenden Chefarzt ausweist. Auch der Beklagte zu 2) hat bei seiner Anhörung glaubhaft bestätigt, dass er es, obwohl ihm eine konkrete Erinnerung an die Operation fehlt, ausschließen kann, dass die Operation ohne seine Beteiligung stattgefunden hat. Allein der Umstand, dass das Anästhesieprotokoll den Beklagten zu 2) nicht als Operateur aufführt, beweist nicht das Gegenteil. Denn dieses Protokoll ist von den Operateuren nicht unmittelbar gefertigt worden und dient auch nicht dem Zweck, die beteiligten Operateure namhaft zu machen. Es erscheint zweifelhaft, ob der Beklagte zu 2) und die anderen Operateure dieses Protokoll überhaupt kontrolliert haben.	23
Nach ständiger Rechtsprechung begegnet es keinen Bedenken, einen Assistenzarzt unter Aufsicht und eingriffsbereiter Assistenz eines erfahrenen Facharztes operieren zu lassen (vgl. Steffen/Dressler, a.a.O., Rdn. 246 ff.). Die Richtigkeit dieser Rechtsprechung ist vom Sachverständigen aus medizinischer Sicht bestätigt worden und ergibt sich ohnehin aus der Überlegung, dass es anders nicht möglich sein würde, junge Ärzte zum Facharzt und Operateur auszubilden.	24
Ein Fehler ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass die Operation 144 Minuten dauerte. Zwar hat der Sachverständige erläutert, dass diese Operationsdauer oberhalb des Durchschnitts für eine Operation zum Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks liegt, welcher bei etwa 1 ½ Stunden anzusetzen ist. Jedoch befand sich die Operationsdauer im vorliegenden Fall nicht außerhalb des Zulässigen und ist durch die Umstände der Operation erklärbar. So ist es nachvollziehbar, dass der Assistenzarzt Dr. Q für die Operation länger brauchte als ein erfahrener Operateur. Ferner lagen bei dem Kläger aufgrund seiner Varuscoxarthrose	25

schwierige Operationsverhältnisse vor, da sich der Hüftkopf tief in der Pfanne befand, das Operationsgebiet schlecht zugänglich war und der adipöse Kläger auf dem Operationstisch schlecht bewegt werden konnte. Diese Situation verbot ein Vorgehen unter Druck und Hetze.

Die Operation hätte auch nicht deshalb unterbleiben oder verschoben werden müssen, weil der Kläger vor der Operation eine deutliche Erhöhung der Blutsenkungsgeschwindigkeit, eine Leukozytenerhöhung und einen leicht erhöhten CRP-Wert aufwies. Der Sachverständige hat insofern nachvollziehbar dargelegt, dass eine Abklärung der Ursache der erhöhten Werte dann geboten gewesen wäre, wenn diese Situation nicht bereits vor dem Ersteingriff im Jahre 1995 vorgelegen hätte. Da aber vergleichbare Werte schon vor dieser ersten Operation bestanden haben und dem Kläger dort komplikationslos auf der rechten Seite eine Hüftendoprothese implantiert werden konnte, bestand kein Anlass, eine im Körper vorhandene Infektion anzunehmen und deren Ursache zunächst ausfindig zu machen und zu behandeln. Vielmehr konnte trotz der konstant erhöhten Werte angenommen werden, dass es sich dabei um die individuellen Normalwerte des Klägers handelte, der sich vor der streitgegenständlichen Operation mit Ausnahme der Beschwerden des Hüftgelenkes gesund fühlte und der keinerlei Anzeichen für einen entzündlichen Prozess aufwies. Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass zudem ausgeschlossen werden kann, dass eine im Körper verborgene Infektion für die spätere Infektion der Operationswunde ursächlich geworden ist. Denn der Sachverständige hat überzeugend dargelegt, dass der die Infektion auslösende Keim ein Hautkeim gewesen sein muss, der eine hohe Empfindlichkeit gegen Antibiotika aufwies. 26

Auch die Wahl des hinteren Zugangs zum Operationsgebiet war nicht fehlerhaft. Insofern hat der Sachverständige ausgeführt, dass der Beklagte zu 2) einen geeigneten und verbreiteten Zugangsweg gewählt hat, der anderen möglichen Zugangswegen mindestens gleichwertig ist. Der bei der gewählten Methode etwas erhöhten Gefahr, postoperativ eine Hüftgelenksluxation zu erleiden, steht ein gemindertes Risiko hinsichtlich eines Nerv- oder Muskelschadens gegenüber. Zudem sind die schließlich beim Kläger wiederholt aufgetretenen Luxationen nicht Folge des gewählten Zugangs, sondern des Umstands, dass durch Infektion und Revisionsoperationen die Weichteile schwer geschädigt wurden. 27

Soweit sich aus den postoperativen Röntgenbildern eine gewisse Fehlstellung der linken Hüftpfanne ergeben hat, hat der Sachverständige bereits im ersten Rechtszug ausgeführt, dass darin kein Fehler liegt, weil trotz dieser Fehlstellung ein Einheilen der Pfanne in den Knochen habe erwartet werden können. Auch ist bei einer Varuscoxarthrose nicht immer zu vermeiden, dass die Pfanne nicht in optimale Stellung gelangt. Diese Ausführungen werden von der Berufung auch nicht angegriffen. 28

Auch die Behandlung der aufgetretenen Infektion war sachgerecht. Der Sachverständige hat ebenfalls bereits in erster Instanz überzeugend dargelegt, dass trotz der langwierigen und letztlich erfolglosen Sanierungsversuche und der zweifellos sehr schweren Beeinträchtigung, die der Kläger durch den letztendlichen Verlust seines linken Hüftgelenks erfahren hat, kein Behandlungsfehler erkennbar ist. Auch diese Ausführungen sind von der Berufung nicht angegriffen worden. 29

2. 30

Der Kläger hat wirksam in die Operation vom 11.02.1997 eingewilligt. 31

Das Landgericht hat zutreffend festgestellt, dass dem Kläger durch das Aufklärungsgespräch mit Dr. Q und den Einwilligungsbogen alle maßgeblichen Risiken der 32

Operation – darunter auch das Risiko der Infektion wie von Luxationen – erläutert wurden. Dies hat der Kläger mit seiner Berufung nicht angegriffen. Die Beklagten haben aber auch nicht versäumt, den Kläger über eine gleichwertige Behandlungsalternative aufzuklären. Insbesondere war es nicht erforderlich, den Kläger über andere Zugangswege zum Operationsgebiet aufzuklären, da es sich bei dem gewählten hinteren Zugang um eine geeignete und gebräuchliche Vorgehensweise handelte. Die Wahl der Operationsmethode ist grundsätzlich Sache des Arztes. Er muss sich für die ihm vertraute Methode entscheiden können. Der Patient wäre hingegen regelmäßig überfordert, würde der Arzt von ihm eine Entscheidung über eine bestimmte Operationsmethode verlangen. In der Regel erwartet der Patient als medizinischer Laie keine Unterrichtung über spezielle medizinische Fragen hinsichtlich der bestehenden Operationsverfahren, solange die vorgesehene Methode – wie im vorliegenden Fall – dem medizinischen Standard entspricht.	
Auch der Revisionseingriff vom 23.05.1997 geschah mit wirksamer Einwilligung des Klägers. Der Kläger hat auch insofern einen Aufklärungsbogen unterschrieben, der eine umfassende Aufstellung möglicher Operationsrisiken enthält, insbesondere auch erneut das Risiko von Infektionen.	33
Darüber hinaus wäre auch für beide vorgenommenen Eingriffe von einer hypothetischen Einwilligung des Klägers auszugehen. Der Kläger vermochte einen Entscheidungskonflikt nicht plausibel darzulegen, wie das Landgericht mit näherer Begründung, auf die hier Bezug genommen werden kann, ausgeführt hat. Der Kläger hat dies auch nicht näher angegriffen.	34
3.	35
Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergeht gemäß §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.	36
Die Zulassung der Revision gemäß § 543 ZPO war nicht geboten. Die Entscheidung des Senats betrifft einen Einzelfall, der keine grundsätzliche Bedeutung besitzt. Von Entscheidungen anderer Oberlandesgerichte oder des Bundesgerichtshofs ist der Senat nicht abgewichen.	37
Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als 20.000,-- Euro.	38