
Datum: 19.06.2006
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 92/05
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2006:0619.3U92.05.00

Vorinstanz: Landgericht Dortmund, 4 O 244/01

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 31.03.2005 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Dortmund wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Den Beklagten wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht der Kläger zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

1

I.

2

Der am ####1938 geborene und beruflich vormals als selbständiger Metzgermeister tätige Kläger verlangt von den Beklagten materiellen und immateriellen Schadensersatz mit dem Vorwurf, die Beklagten zu 1) und 3) hätten eine tiefe Infektion im Bereich des rechten Hüftgelenkes – die er infolge der Hüftgelenksoperation vom 02.03.1998 im Krankenhaus der Beklagten zu 2) zur Implantation einer Hüftgelenksprothese erlitten habe – grob behandlungsfehlerhaft nicht rechtzeitig erkannt und die gebotenen Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen versäumt.

3

Wegen der Einzelheiten des Behandlungsgeschehens wird gem. § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils Bezug genommen.	4
Erstinstanzlich hat der Kläger (grobe) Behandlungsfehler sowohl im ambulanten als auch im operativen Bereich gerügt sowie eine angeblich zu späte und unzureichende (über die Hauptrisiken der Re-Operation vom 04.11.1998) bzw. unterlassene Aufklärung vor den beiden Operationen vom 04.11.1998.	5
Das Landgericht hat nach Einholung eines orthopädisch-traumatologischen Sachverständigengutachtens nebst radiologischen Zusatzgutachtens keinen Behandlungsfehler festgestellt. Es hat zur Begründung ausgeführt, hinsichtlich des Beklagten zu 1) lasse sich eine Fehlbehandlung unter keinem Gesichtspunkt nachweisen, weil der Zeitpunkt und der Bereich des Auftretens des Infektes nicht konkret festzustellen gewesen seien. Er habe auch nicht fehlerhaft gehandelt, indem er am 20.11.1998 nach dem Austreten brauner Flüssigkeit am unteren Wundrand keine weiteren Maßnahmen getroffen habe.	6
Auch der Beklagte zu 3) habe nicht fehlerhaft gehandelt; er habe aufgrund der erhobenen Befunde bei dem Flüssigkeitsaustritt vom 22.03.1998 von einer Seromentleerung und nicht von einer Eiterentleerung (zu der es erstmals im September 1998 gekommen sei) ausgehen dürfen. Er sei auch nicht gehalten gewesen, weitere Befunde zu erheben oder Untersuchungen durchzuführen.	7
Die Operationen vom 04.11.1998 seien nicht rechtswidrig gewesen; hinsichtlich der Erstoperation hätte der Kläger auch bei frühzeitigerer Aufklärung nicht seine Einwilligung versagt und nach dem Inhalt der Einverständniserklärung sei er auch über das Risiko einer „Re-Operation“ aufgeklärt worden; hinsichtlich der Zweitoperation sei er angesichts der Schmerzen ausdrücklich mit der Operation einverstanden gewesen.	8
Mit der Berufung verfolgt der Kläger unter Wiederholung, Vertiefung und Ergänzung seines bisherigen Sachvortrages sein Begehren weiter; jedoch mit der Einschränkung, dass er nur noch Behandlungsfehler rügt. Zur Begründung beruft er sich nunmehr unter Hinweis auf das Privatgutachten des Privatdozenten Dr. K vom 03.01.2006 (Bl. 746 ff. d.A.) im Wesentlichen darauf, dass es im Hinblick auf die Laborwerte und den klinischen Befund bereits Anfang April 1998, also im Verlaufe der Rehabilitation in der Klinik der Beklagten zu 4) zwingend erforderlich gewesen sei, eine sonografische Kontrolle des ehemaligen Operationsgebietes vorzunehmen, um so feststellen zu können, ob sich Flüssigkeit nur im Subkutangewebe oder auch in den tieferen Schichten befindet. Gerade die erheblichen laborchemischen Veränderungen und die Auffieberung mit Gelenk- und Kopfschmerzen seien Ausdruck einer allgemeinen Bakteriämie gewesen. Für die bei der Beklagten zu 4) gestellte Diagnose eines akuten grippalen fieberhaften Infektes hätten demgegenüber die dafür typischen Befunde gefehlt.	9
Durch eine bakteriologische Untersuchung des Seroms hätte darüber hinaus festgestellt werden können, ob es sich hierbei um infizierte oder keimfreie Flüssigkeit handelte. Weil solche Untersuchungen durch sekundäre Verunreinigungen verfälscht werden könnten, sei es zusätzlich erforderlich gewesen, eine sonografisch gesteuerte Punktion des Hüftgelenkes zu veranlassen.	10
Die Faszie, die das Hüftgelenk umschließt und die dem Fettgewebe aufliegt, stelle eine natürliche Sperre dar, so dass eine tiefe Infektion sich durch diese natürliche Sperre nur sehr schwer den Weg zur oberflächlichen Wunde bahnen könne. Deshalb führe ein tiefer Infekt nicht unbedingt zur Rötung der Wunde und es könne durchaus auch eine primäre –	11

oberflächliche - Wundheilung eintreten. Eine rein optische Inspektion der Wunde hätte gerade wegen dieser natürlichen Sperre keinen Rückschluss auf die Situation in der Tiefe zugelassen.	
Die tiefe Infektion, die hier ihren Ursprung während der Erstimplantation der Hüftgelenksprothese gehabt habe, hätte bei hinreichender Diagnostik bereits in der Klinik der Beklagten zu 4) festgestellt werden können.	12
Die Medikation mit Antibiotika habe nicht dem medizinischen Standard entsprochen und habe die erforderlichen Diagnosemaßnahmen nicht ersetzen können.	13
Der Ausfluss bräunlicher Flüssigkeit am 20.11.1998 sei ein eindeutiges Zeichen dafür gewesen, dass die Beklagten auch nach der Re-Operation vom 04.11.1998 den Infekt nicht beherrscht hätten. Die Entlassung des Klägers aus der stationären Behandlung (28.11.1998) sei deshalb fehlerhaft gewesen.	14
Der Kläger beantragt,	15
I. unter Abänderung des angefochtenen Urteils	16
1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 44.406,96 € (86.852,47 DM) zu zahlen;	17
2. die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, einen Betrag von 40.903,35 € (80.000,00 DM) aber nicht unterschreiten sollte;	18
3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm alle künftigen materiellen und derzeit nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen, die aus der Behandlung in der Klinik der Beklagten zu 2) in der Zeit vom 04.02. bis zum 02.12.1998 sowie in der Klinik der Beklagten zu 4) in der Zeit vom 19.03. bis zum 08.04.1998 resultieren, soweit diese nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind;	19
4. die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an ihn bis zur Vollendung des 68. Lebensjahres eine vierteljährliche Rente in Höhe von jeweils 2.424,96 € (4.742,81 DM), jeweils am ersten Tag eines jeden Quartals, erstmals am 01.07.2001, zu zahlen;	20
II. vorsorglich, das Urteil des Landgerichts Dortmund vom 31.03.2005 aufzuheben und den Rechtsstreit gem. § 538 Abs. 2 Nr. 4 ZPO an das Landgericht Dortmund zurückzuverweisen.	21
Die Beklagten beantragen,	22
die Berufung zurückzuweisen.	23
Sie verteidigen das angefochtene Urteil und wenden sich unter Wiederholung, Vertiefung und Ergänzung ihres erstinstanzlichen Vortrags weiterhin gegen jegliche Haftung.	24
Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivortrags im Berufungsverfahren wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und die beigezogenen Behandlungsunterlagen Bezug genommen. Der Senat hat den Kläger angehört und Beweis erhoben durch Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. O. Wegen der Ergebnisse der Parteianhörung und der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll und den Berichterstattevermerk zum Senatstermin vom 19.06.2006 Bezug genommen.	25

Die Behandlungsunterlagen der Beklagten lagen vor und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.	26
II.	27
Die Berufung bleibt ohne Erfolg.	28
Auch nach dem Ergebnis der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme kann nicht festgestellt werden, dass dem Kläger gegenüber den Beklagten zu 1) bis 4) gemäß den §§ 823 Abs. 1, 831, 31 BGB i.V.m. § 847 BGB a.F. – gegenüber den Beklagten zu 2) und 4), soweit materielle Schäden in Frage stehen, auch wegen Schlechterfüllung (pVV) des Krankenhausaufnahme- und Behandlungsvertrags i.V.m. § 278 BGB – ein Anspruch auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes, entgangenen Gewinns, einer Erwerbsunfähigkeitsrente und Fahrtkosten sowie auf Feststellung der Ersatzpflicht für sämtliche materiellen und zukünftigen immateriellen Schäden zusteht. Auch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat weder einen Diagnosefehler, noch einen Befunderhebungsfehler, noch einen sonstigen Behandlungsfehler im Rahmen der medizinischen Versorgung des Klägers in der Zeit vom 04.02.1998 bis zum 01.12.1998 ergeben.	29
Bei seiner Beurteilung der medizinischen Fragen folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. O, der sein Gutachten – insbesondere auch unter Einbeziehung des Privatgutachtens Dr. K vom 03.01.2006 – auch in zweiter Instanz in jeder Hinsicht fundiert und sachlich überzeugend begründet hat. Die Kompetenz und Erfahrung des Sachverständigen steht dabei ebenso außer Zweifel wie seine Objektivität. Der Sachverständige besitzt als Direktor der orthopädischen Universität der B sowohl ein fundiertes theoretisches Wissen als auch eine umfassende praktische Erfahrung. Die Ausführungen des Sachverständigen beruhen auf einer gründlichen Aufarbeitung der umfangreichen Krankenunterlagen und des bildgebenden Materials. Er war zudem in der Lage, sämtliche für die Entscheidung maßgeblichen Fragen des Falls zu beantworten. Der Einholung weiterer Zusatzgutachten bedurfte es daher nicht.	30
Nach den Ausführungen des Sachverständigen kann nicht festgestellt werden, dass die Beklagten anlässlich der medizinischen Versorgung des Klägers medizinisch gebotene Befunde aufgrund unzureichender Untersuchungen nicht erhoben hätten oder die erhobenen Befunde vorwerfbar fehlerhaft beurteilt hätten. Der Sachverständige hat bei seiner Anhörung durch den Senat zu den einzelnen Einwendungen des Klägers Stellung genommen und nachvollziehbar dargestellt, dass es infolge der Hüftgelenksoperation vom 02.03.1998 zu einer Infektion im Oberschenkelbereich und letztlich zu einer Tiefeninfektion im Bereich des rechten Hüftgelenks gekommen war, zum Zeitpunkt der Behandlung durch die Beklagten aber weder Anzeichen einer Tiefenentzündung vorgelegen haben noch der weitere Verlauf der Erkrankung erkennbar war.	31
1.	32
Den Beklagten zu 1) und 2) sind für den Zeitraum vom 01.03. bis 18.03.1998 keine Behandlungsfehler nachzuweisen.	33
Nach den Feststellungen des Sachverständigen ist die Operation vom 02.03.1998 nach allen Regeln der Kunst erfolgt und die Versorgung des Klägers war regelgerecht. Soweit Dr. K in Frage gestellt hat, ob die sog. Singleshots-Antibiotika-Prophylaxe bei einer so schweren Hüftgelenksoperation mit einer Operationszeit von mehr als 2 Stunden und der besonderen	34

Infektgefährdung des Klägers (Adipositas, Varicosis) ausreichend gewesen sei, hat der Sachverständige dies eindeutig bejaht. Die Singleshot-Prophylaxe war im Jahre 1998 – umso mehr als heute – nicht zu beanstanden.

2. 35

Den Beklagten zu 3) und 4) sind für den Zeitraum vom 19.03. bis 08.04.1998 keine Behandlungsfehler nachzuweisen. 36

a) 37

Den Flüssigkeitsaustritt vom 21.03.1998 haben die behandelnden Ärzte zutreffend als eine Seromentleerung bewertet. Der vom Sachverständigen nach Auswertung der Behandlungsunterlagen zugrunde gelegte Lokalbefund und die Laborparameter haben keine Anhaltspunkte für ein fehlerhaftes Vorgehen gegeben. Der Aufnahmebefund bei der Beklagten zu 4) vermerkt eine reizfreie und trockene Narbe mit diskreter Rötung am unteren Narbenpol. Das Labor vom 20.03.1998 ergab einen CRP-Wert von 2. Eine weitere Zunahme der Absonderungen konnte über den 22.03.1998 hinaus nicht beobachtet werden. Der Sachverständige hat dazu ausgeführt, dass ein Infekt der Hüftgelenksprothese – und damit eine Eiter- statt einer Seromentleerung – zu diesem Zeitpunkt eher unwahrscheinlich war. Der Befund entsprach am ehesten einer Seromentleerung bei Wundheilungsstörung im subkutanen Fettgewebe bei ausgeprägter Adipositas. Eine mehrwöchige Wundheilung und aus der Wunde austretendes Sekret sind bei einem Adipositas-Patienten – wie hier bei dem Kläger - auch weder ungewöhnlich noch gefährlich. Weitere Maßnahmen des Beklagten zu 3) waren deshalb zu diesem Zeitpunkt nicht erforderlich. 38

Es stellt auch keinen Verstoß gegen den medizinischen Facharztstandard dar, dass die behandelnden Ärzte nur eine rein optische Bestimmung der Seromflüssigkeit vorgenommen und nicht zusätzlich einen Abstrich mit Erregerbestimmung durchgeführt haben. Nach den Ausführungen des Sachverständigen ist zwar eine rein optische Differenzierung zwischen Serom und Eiter auch für medizinisches Fachpersonal häufig nicht möglich, so dass eine (sichere) Bestimmung lediglich durch entsprechende Abstriche zu erzielen ist. Aber auch bei einem Wundabstrich, der eine Keimbesiedelung ergeben hat, kann nicht darauf zurückgeschlossen werden, dass Eiter in der Tiefe vorhanden ist. 39

Auch nach Dr. K lässt die Inspektion der Haut wegen der Faszie als natürlicher Sperre keinen Rückschluss auf die Situation in der Tiefe zu. Damit wäre ein Wundabstrich im Ergebnis nutzlos, weil für das Vorliegen eines tiefen Infekts nicht aussagekräftig gewesen. Andererseits war eine Punktion des Hüftgelenks im Hinblick auf die mangelnde klinische Symptomatik und die guten Laborwerte zu diesem Zeitpunkt nicht indiziert. 40

b) 41

Nach den Feststellungen des Sachverständigen haben die Beklagten zu 3) und 4) auch in der Zeit vom 04.04. bis 08.04.1998, als es nach der Seromeröffnung vom 03.04.1998 zu Beschwerden beim Kläger gekommen war, ausreichende Maßnahmen ergriffen. Sowohl die Kopf- und Gliederschmerzen und der Temperaturanstieg auf 39,8°Celsius als auch der Laboranstieg der Entzündungsparameter sind ausgiebig abgeklärt worden und standen im Zusammenhang mit der Wundheilungsstörung. Deren späteres Ausheilen unter konservativen Maßnahmen spricht gegen eine in diesem Zeitraum vorliegende Infektion der Hüftgelenksprothese. Es lagen zwar die typischen Zeichen eines Infekts vor, nicht aber die typischen Zeichen eines bakteriellen Infekts. 42

Da am 02.03.1998 eine Gelenkoperation vorgenommen worden war, mussten die behandelnden Ärzte zwar auch die Frage prüfen, ob möglicherweise ein Gelenkinfekt vorlag. Denn sowohl Wundheilungsstörung als auch Infektion sind typische Komplikationen einer Hüftgelenkoperation, so dass der „umgekehrte“ Verlauf des Temperaturanstiegs nach der Seromeröffnung vom 03.04.1998 auch als Hinweis auf andere Ursachen für das Auffieberten gewertet werden kann. Insbesondere konnte durch die „Fieberzacke“ der Verdacht auf eine akute Virämie oder Bakteriämie gegeben sein. Das wäre Anlass für das Anlegen einer Blutkultur gewesen, wenn nicht der Kläger – wie hier - ab dem 05.04.1998 täglich zweimal Ciprobay 250 – ein Breitbandantibiotikum – erhalten hätte. Zudem war das Hüftgelenk symptomfrei. Da auch keine weiteren „Fieberzacken“ mehr auftraten, war damit – so der Sachverständige – „die Sache erledigt“. Weiterer Maßnahmen bedurfte es nicht. 43

Das Breitbandantibiotikum hat auch nicht zu einer „Verschleierung“ der Infektion geführt. Denn einerseits werden die ganz überwiegenden Krankenhauskeime von einem solchen Antibiotikum erfasst und andererseits zeigt hier der Krankheitsverlauf, dass es während der Gabe des Breitbandantibiotikums zu einer Beruhigung und einer oberflächlichen Ausheilung der Wunde gekommen ist, die gewählte Behandlung also richtig war. Dies hat auch der vom Kläger beauftragte Privatsachverständige Dr. K nicht beanstandet. 44

Wie dem Entlassungsbericht der Beklagten zu 4) vom 20.05.1998 zu entnehmen ist, war auch ein entsprechendes Problembewusstsein bei den Beklagten vorhanden. Dementsprechend ist der Kläger wegen der „Fieberzacke“ vom 04.04.1998 und des Verdachts auf eine Gelenkbeteiligung auch untersucht worden. Ausweislich der Krankenunterlagen hat er aber gerade im Bereich des Hüftgelenks keine Schmerzen angegeben. Die für die behandelnden Ärzte entscheidende Frage, ob eine sofortige Operation erforderlich war oder (zunächst) die Beobachtung des Klägers genügte, durfte deshalb im Sinne einer noch weiteren Beobachtung beantwortet werden. 45

Es war auch nicht behandlungsfehlerhaft, nach dem 04.04.1998 keine Erregerbestimmung durchgeführt zu haben. Wie bereits oben ausgeführt, kann der Wundabstrich von der Seromhülle nicht in die „Tiefe“ führen, eine Erregerbestimmung wäre deshalb nur mit einer Gelenkpunktion möglich gewesen. Hier bestand aber kein Anlass für eine solche Punktion der Hüfte, denn diese ergibt nur bei einem massiven Befund verwertbare Ergebnisse, ein solcher Befund lag hier aber unzweifelhaft nicht vor. Zudem ist auch zu berücksichtigen, dass bei dem Kläger im Rahmen der Hüftoperation – technisch unvermeidlich – die Gelenkkapsel entfernt worden ist, so dass keine Kammer mehr vorhanden war, in der sich eine Entzündung hätte ansiedeln können. Ein Entzündungsherd verteilt sich folglich – so der Sachverständige – „nach irgendwohin“, so dass eine Punktion hier, selbst wenn im März 1998 schon eine Infektion vorgelegen hätte, nur spekulativ, nicht aber mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen Keimnachweis hätte ergeben können. 46

Der Sachverständige hat überzeugend und nachvollziehbar dargelegt, dass die Beklagten auch nicht gehalten waren, weitere Befunde zu erheben oder Untersuchungen durchzuführen. 47

Insbesondere war zu diesem Zeitpunkt eine Ultraschalldiagnostik des Operationsgebietes nicht indiziert. Dies wäre nur bei einem positiven Hüftgelenksbefund (schmerzhafte Hüfte pp.) angezeigt gewesen, ein solcher lag hier aber nicht vor. Zudem ist – entscheidend – von Bedeutung, dass eine entsprechende Sonografie im Jahre 1998 noch nicht zum ärztlichen Standard gehörte, jedenfalls nicht in einer Rehabilitationsklinik, wie die Beklagte zu 4) sie betreibt. 48

Aber selbst dann, wenn im April 1998 schon eine Infektion vorgelegen und die Beklagten eine entsprechende Sonografie durchgeführt hätten, bleibt es nach den Feststellungen des Sachverständigen spekulativ, ob der tiefe Infekt dadurch tatsächlich entdeckt worden wäre. Bei einer – am ehesten wahrscheinlichen – Infektentstehung im Oberschenkelbereich wäre es zumindest im fortgesetzten Stadium zwar theoretisch möglich gewesen, die Infektion nachzuweisen. Da Blut und Flüssigkeit aus dem Femur austreten können, wäre eine Findung der Flüssigkeit im Rahmen der Sonografie eher wahrscheinlich gewesen. Demgegenüber wäre aber die Möglichkeit, dies auch einer Gelenkinfektion zuzuordnen zu können, eher unwahrscheinlich gewesen.

Auch Kernspin- oder CT-Aufnahmen waren nicht zu veranlassen. CT-Aufnahmen wären ohnehin nur alternativ zu einer Sonografie in Betracht gekommen. Der Verlauf gibt aber für eine Flüssigkeitsansammlung in der Tiefe nichts her. Weder CT-Aufnahmen noch Sonografie hätten deshalb mit Wahrscheinlichkeit einen Befund ergeben. 50

Der Sachverständige hat klargestellt, dass es im Hinblick auf die beim Kläger vorhandene Körperfettschicht nicht möglich war, durch Palpation herauszufinden, ob ein tiefer Infekt vorlag. 51

Entgegen dem Vortrag des Klägers haben die Beklagten es auch nicht versäumt, das Bewegungsausmaß der Hüftgelenke zu bestimmen. 52

Wäre es beim Kläger bei bestimmten Drehbewegungen im Rahmen einer klinischen Untersuchung des Hüftgelenks zu Schmerzen gekommen, so hätten die behandelnden Ärzte auch an eine Ausweitung des Prozesses in Form eines Infektes denken müssen. Denn in jedem Fall hätte eine tiefe Infektion auch zu Schmerzen im Hüftbereich geführt. Insoweit ergibt sich aber aus dem Entlassungsbericht der Beklagten zu 4) vom 20.05.1998, dass – zumindest – zum Zeitpunkt der Aufnahme- und der Entlassungsuntersuchung jeweils das Bewegungsausmaß der Hüftgelenke bestimmt worden ist, jedoch keine Beschwerden oder Schmerzen seitens des Klägers angegeben wurden. Bei einem tiefen Infekt der Weichteile wäre der Hüftbereich aber sicher und deutlich schmerzhaft gewesen. Die tabellarische Auflistung der Bewegungsausmaße im Entlassungsbericht vom 20.05.1998 zeigt jedoch, dass der Kraftgrad an dem operierten Hüftgelenk nur wenige Tage nach der „Fieberzacke“ nur geringfügig herabgesetzt war, so dass kein Anhaltspunkt für eine schmerzbedingte Minderbeweglichkeit des Hüftgelenks gegeben ist. 53

Ein weiteres Indiz gegen eine solche Annahme ist der Umstand, dass dem Kläger nach einer Gelenkuntersuchung am 23.03.1998 ein Muskelaufbautraining (MTT) verordnet wurde. Dies wäre bei dem Vorliegen von stetig zunehmenden Schmerzen im Hüftbereich sicher nicht geschehen. 54

Die Beklagten haben es auch nicht versäumt, die in den AWMF-Leitlinien „Gelenkinfektionen“ (Bl. 180 ff. d.A.) als „notwendig“ beschriebenen diagnostischen Maßnahmen durchzuführen. 55

Grundsätzlich haben Leitlinien zwar keine Bindungswirkung, sie sind aber Wegweiser für den medizinischen Standard. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. O beziehen sich die vorgelegten Leitlinien aber ausschließlich auf native Gelenke und sind weder thematisch noch sonst auf infizierte künstliche Gelenke übertragbar. Für Infektionen bei Gelenkersatz gibt es keine Leitlinien. 56

Die Entlassung des Klägers vom 08.04.1998 aus der stationären Behandlung ist ebenfalls nicht zu beanstanden. 57

Der Sachverständige Prof. Dr. O hat nach erneuter Einsichtnahme in die Krankenunterlagen im Senatstermin ausgeführt, dass die Körpertemperatur des Klägers am 08.04.1998 wieder auf 37°C abgesunken war, so dass kein Fieber mehr vorlag. Zudem war die Operationswunde trocken und verkrustet. Die geringe Körpertemperatur war der positive Beleg dafür, dass das Breitbandantibiotikum schnell gewirkt hatte. Die Entlassung ist daher nicht zu frühzeitig erfolgt. Hinsichtlich des CRP-Wertes war nur die Durchführung von Kontrollen erforderlich, denn allein ein stark erhöhter CRP-Wert ist keine Indikation für einen stationären Krankenhausaufenthalt. 58

3. 59

Dem Beklagten zu 1) ist hinsichtlich der ambulanten Behandlungen in der Zeit vom 09.04. bis 01.12.1998 kein Behandlungsfehler nachzuweisen. 60

Nach Auswertung der Behandlungsunterlagen hat der Sachverständige festgestellt, dass nach den objektiven Befunden keine weiteren Maßnahmen als die tatsächlich ausgeführten erforderlich waren. Die Behauptung des Klägers, der Beklagte zu 1) habe behandlungsfehlerhaft die tiefe Infektion nicht erkannt, hat der Sachverständige nicht bestätigt. 61

Nach den Eintragungen in der Ambulanzkarte hat der Beklagte zu 1) am 09.04.1998 eine leichte Sekretion der Wunde, aber keinen Eiter (Pus) festgestellt. Für den 14.04.1998 hat er „keine Sekretion“, für den 09.07.1998 „Weichteile reizlos“ festgehalten. Demgegenüber sind angebliche starke Schmerzen des Klägers oder eine harte, warme Stelle im Operationsbereich in der Ambulanzkarte nicht dokumentiert. 62

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation des Beklagten zu 1) sprechen letztlich auch die Befunde des Dr. C, der am 16.04.1998 eine sekundär verheilte und reizlose Wunde feststellte und dem Kläger am 04.05. und 13.05.1998 Bewegungsbäder verordnete, und von Dr. L, der am 22.04.1998 „von der Hüfte her jetzt aber gut ... eingezogene Narbe“ und am 02.06.1998 „macht schon wieder Bewegungsbad und KGL“ in seinen Behandlungsunterlagen (Bl. 262 ff. d. A.) dokumentierte. Unstreitig ist es auch ab Mitte April 1998 zu einem Wundverschluss gekommen. 63

Nach den Feststellungen des Sachverständigen war die Operationswunde in der Zeit nach der Rehabilitationsbehandlung im Krankenhaus der Beklagten zu 4) zunächst in einer Heilungsphase und erst im September 1998 ist es wegen der chronisch schleichenden Infektion erstmalig zu einer Eiterentleerung gekommen. 64

Soweit der Kläger sich hilfsweise den Vortrag der Beklagten zu 3) und 4) zu eigen gemacht hat, der Beklagte zu 3) habe den Beklagten zu 1) sowohl am 08.04.1998 telefonisch als auch durch Kurzarztbrief über die Diskrepanz zwischen dem Lokalbefund und dem Anstieg des CRP-Wertes informiert und auf die Möglichkeit eines frühen prothetischen Infektes hingewiesen führt auch dies nicht weiter. Den Kurzarztbrief hat der Kläger nach eigenem Vortrag nicht dem Beklagten zu 1), sondern am 08.04.1998 Dr. C übergeben. Auch der in den Krankenunterlagen der Beklagten zu 4) dokumentierte Anruf vom 08.04.1998 bedurfte keiner weiteren Aufklärung, denn auch eine Kenntnis des Beklagten zu 1) von den behaupteten Umständen hätte nach dem objektiven klinischen Befund keine Anhaltspunkte für ein weiteres Tätigwerden gegeben. Die Angaben in dem Kurzarztbrief vom 08.04.1998 und in dem Entlassungsbericht der Beklagten zu 4) vom 20.05.1998 führen letztlich zu keinem anderen Ergebnis. 65

Auch für die ambulante Behandlung vom 01.12.1998 gilt nichts anderes. Der Beklagte zu 1) hat keine Rötung, keinen Schmerz und leichte klare Sekretion befundet und die Wunde mit einem Pflaster versorgt. Der Umstand, dass am 20.11.1998 bräunliche Flüssigkeit ausgetreten war, erforderte demnach keine weitere Befunderhebung.

Das Ergebnis des Abstrichs vom 24.09.1998, das eine bakterielle Infektion ausweist, ist dem Beklagten zu 1) nicht zeitnah bekannt geworden, weil der Kläger sich nach dem 09.07.1998 erstmals wieder am 02.11.1998 in die ambulante Behandlung des Beklagten zu 1) begeben hat. Dieser veranlasste – folgerichtig – nach weiteren Untersuchungen die erneute stationäre Aufnahme des Klägers ab dem 04.11.1998 (dazu unter 4.). 67

Der Beklagte zu 1) hat es nach den Feststellungen des Sachverständigen zwar unterlassen, im Rahmen der ambulanten Behandlungen den Verlauf des CRP-Wertes zu kontrollieren, obwohl dies für die Entscheidung, ob dem Kläger weiterhin ein Antibiotikum zu verordnen oder dies abzusetzen war, von Bedeutung gewesen wäre. Spätestens in dem Zeitpunkt, in dem der Beklagte zu 1) über das Absetzen des Antibiotikums entschieden hätte, wäre zwingend eine Kontrolle des CRP-Wertes vorzunehmen gewesen. 68

Ausweislich der Dokumentation in der Ambulanzkarte hat der Beklagte zu 1) jedoch nicht entschieden, das Antibiotikum abzusetzen, sondern am 09.04.1998 „weiter Ciprobay 500“ verordnet und auch am 01.12.1998 – seine letzte ambulante Behandlung des Klägers – weiterhin die bereits während der stationären Behandlung im Krankenhaus der Beklagten zu 2) im Zeitraum vom 04.11. bis 28.11.1998 verabreichte Antibiose mit Mono-Embolex 0,5 verordnet. 69

4. 70

Schließlich lässt sich auch für den Zeitraum vom 04.11. bis 28.11.1998 kein Behandlungsfehler der Beklagten zu 1) und 2) feststellen. 71

Die (Erst-) Operation vom 04.11.1998 war kein untauglicher Sanierungsversuch, sondern entsprach dem Facharztstandard. Der Sachverständige Prof. Dr. O hat einen einmaligen Erhaltungsversuch als legitim bezeichnet. Die Behandlungsmaßnahmen nach der Eiterentleerung vom 02.11.1998 (Fistelausschneidung, ausgiebige Nekrektomie und Wechsel von Hüftkopf und –Inlay) entsprachen dem medizinischen Standard. Erst wenn diese Maßnahmen nicht zu einer Infektberuhigung geführt hätten, hätte nicht mehr der teilweise Wechsel von Hüftgelenkskomponenten, sondern nur noch der vollständige Ausbau der Hüftgelenksprothese (gefolgt von einer zeitverzögerten Re-Implantation) dem Facharztstandard entsprochen. 72

Hier ist im Rahmen der (Erst-) Operation vom 04.11.1998 festgestellt worden, dass sich die Infektion überwiegend im unteren Fettgewebe befand; die schichtadaptierten Abstriche haben lediglich im Bereich der Unterhaut eine sehr geringe Keimzahl, aber keine Ansiedlung von Keimen im Bereich der Hüftgelenksprothese ergeben. Zudem kam es postoperativ zu einem Rückgang der Laborwerte – der CRP-Wert war fast normal -, so dass der Prozess in seiner Akutwirkung beherrscht werden konnte. Letztlich sprach gegen eine vollständige Entfernung der Hüftgelenksprothese auch der Umstand, dass diese bereits fest mit dem Knochen verwachsen war und die Gefahr der Knochenzersplitterung bestand. 73

Auch Dr. K hat konstatiert, dass es in der Literatur keine durchgängig gültige Empfehlung gibt, wie in solchen Situationen vorzugehen ist, und hat deshalb die Operationsstrategie vom 04.11.1998 nicht als falsch bezeichnet. 74

Es war auch nicht fehlerhaft, dass die behandelnden Ärzte am 20.11.1998 nach dem Austreten von bräunlicher Flüssigkeit am unteren Wundrand keine weiteren Maßnahmen getroffen haben. Nach den Ausführungen des Sachverständigen bestand hierzu kein Anlass, weil noch am 04.11.1998 im Rahmen der Operationen in das Gelenk „hineingesehen“ worden war.	75
Auch eine bakterielle Untersuchung wäre nicht weiterführend gewesen, weil bereits die schichtadaptierten Abstriche vom 04.11.1998 ergeben hatten, dass nur in der Unterhautfettschicht eine geringe Anzahl von Staphylokokkus-aureus-Keimen festzustellen war. Der Keim war folglich bekannt.	76
Der Kläger ist schließlich am 28.11.1998 nicht zu frühzeitig aus der stationären Behandlung entlassen worden. Zu diesem Zeitpunkt waren keine weiteren Untersuchungen mehr erforderlich. Die Weichteile waren reizlos und die Laborwerte waren in Ordnung.	77
Die prozessualen Nebenentscheidungen resultieren aus den §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO.	78
Die Zulassung der Revision gem. § 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.	79
Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als 20.000,00 €.	80