
Datum: 12.09.2011
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 195/10
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2011:0912.3U195.10.00

Vorinstanz: Landgericht Essen, 1 O 189/08

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 01.09.2010 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

A.

Die Klägerin macht gegenüber den Beklagten Schadensersatzansprüche aus zwei im Hause der Beklagten zu 1) von dem Beklagten zu 2) im August 2005 bzw. dem Beklagten zu 3) im Mai 2006 durchgeführten Operationen an der rechten Hüfte geltend.

Am 02.08.2005 wurde der Klägerin wegen bestehender Coxarthrose im rechten Hüftgelenk durch den Beklagten zu 2) eine titanbeschichtete Hüftgelenksendoprothese zementfrei implantiert. Wegen der Einzelheiten wird auf den im Original in den zu den Akten gereichten

1

2

3

4

Krankenunterlagen befindlichen Operationsbericht vom 02.08.2005 Bezug genommen. Eine Röntgenaufnahme zur Kontrolle des Sitzes des Implantats führte der Beklagte zu 2) während der Operation nicht durch.

Postoperativ wurden am 03.08. und 11.08.2005 Röntgenbilder gefertigt. Auf diesen zeigte sich jeweils eine geringe Distanz zwischen der implantierten Pfanne und dem knöchernen Pfannenboden. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die im Original in den Krankenunterlagen befindlichen Röntgenbefundberichte des Dr. P vom 03.08.2005 und 11.08.2005 verwiesen. 5

Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung am 13.08.2005 litt die Klägerin unter dauerhaft fortbestehenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, so dass sie sich nur mit Unterarmgehstützen fortbewegen konnte. 6

Aus diesem Grund wurde am 21.03.2006 auf Veranlassung des Beklagten zu 3) im Haus der Beklagten zu 1) eine Dreiphasen-Knochenszintigraphie erstellt. Dabei zeigte sich eine Mehranreicherung im Bereich der Prothese. Der in Kopie zu den Akten gereichte radiologische Befundbericht vom 23.03.2006 bewertete den Befund als „vereinbar mit einer Pfannenlockerung TEP rechtes Hüftgelenk“. 7

Am 03.04.2006 unterzeichnete die Klägerin eine Einverständniserklärung betreffend die Durchführung einer Bursektomie an der rechten Hüfte. In der mit Datum desselben Tages unterzeichneten Einwilligung in das Anästhesieverfahren ist als vorgesehene Operation eine Narbenrevision bezeichnet. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die in den zu den Akten gereichten Krankenunterlagen befindlichen Originale der vorbezeichneten Schriftstücke verwiesen. 8

Am 04.05.2006 wurde die Revisionsoperation im Haus der Beklagten zu 1) durch den Beklagten zu 3) durchgeführt. Der Beklagte zu 3) entfernte bei diesem Eingriff einen Schleimbeutel sowie Narbengewebe im Hüftbereich. 9

Bei ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung im Haus der Beklagten zu 1) am 12.05.2006 war die Klägerin wegen ihrer weiterhin stark eingeschränkten Beweglichkeit auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen. 10

Am 31.01.2007 wurde im B-L-Krankenhaus in F das Hüftimplantat der Klägerin entfernt und ein Zement-Spacer implantiert. Im Zuge dieser Operation wurde eine Infektion mit Staphylokokken-Erregern im Hüftbereich festgestellt. 11

Nach der Luxation des Spacers durch einen Sturz wurde der Klägerin am 18.07.2007 eine neue Hüftgelenksendprothese implantiert. Im April 2008 wurde auch dieses Implantat im F Krankenhaus F ausgetauscht. Dabei kam es zu einem Schaftbruch des Oberschenkels. 12

Die Klägerin hat geltend gemacht, bei dem Eingriff vom 02.08.2005 seien die Prothesenteile nicht in anatomisch korrekter Lage implantiert worden. Zwischen der Kunstpfanne und dem knöchernen Pfannengrund habe kein hinreichender Kontakt bestanden, so dass es weder zu einer Primär- noch im weiteren Verlauf zu einer Sekundärstabilität des Hüftgelenks gekommen sei. Zur Kontrolle des Sitzes habe der Beklagte zu 2) intraoperativ eine Röntgenkontrolle vornehmen müssen. In diesem Fall hätte die Fehlstellung erkannt und unmittelbar korrigiert werden können. 13

Die Operation vom 04.05.2006 sei unzureichend gewesen. Das Knochenszintigramm vom 21.03.2006 belege eine Lockerung des Implantats mit der Folge der Notwendigkeit eines Austauschs des Hüftgelenksimplantats im Zuge einer Revisionsoperation. Über diesen geplanten Eingriff habe der Beklagte zu 3) die Klägerin auch aufgeklärt, nicht hingegen über die tatsächlich am 04.05.2006 lediglich durchgeführte Weichteiloperation in Form einer Narbenrevision nebst Bursektomie. Insbesondere habe sie keinen Einwilligungsbogen zu dem Eingriff unterschrieben.

Bei der Operation vom 04.05.2006 habe sie sich schließlich im Haus der Beklagten zu 1) mit einem multiresistenten Krankenhausreger angesteckt, der das Hüftgelenk infiziert und dessen spätere Entfernung im B-L-Krankenhaus erfordert habe. 15

Die Klägerin hat ein Schmerzensgeld von mindestens 65.000,00 € für angemessen gehalten und beantragt, 16

1) die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, 17

a) an die Klägerin anlässlich der Operationen vom 02.08.2005 und 04.05.2006 ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.08.2008, 18

b) an die Klägerin in der Zeit vom 01.01.2006 bis zum 30.11.2008 an Haushaltsführungsschaden 24.850,00 € zu zahlen, nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.08.2008, 19

c) an die Klägerin eine monatlich im voraus zu entrichtende Rente wegen Haushaltsführungsschaden ab Dezember 2008 bis maximal März 2025 in Höhe von 710,00 € monatlich zu zahlen, nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz auf den jeweiligen Rückstand, 20

d) an die Klägerin 3.612,84 € an außergerichtlichen Rechtsverfolgungskosten zu zahlen, nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit, 21

2) festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin jeglichen weiteren materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, der ihr noch anlässlich der operativen Eingriffe vom 02.08.2005 und 04.05.2006 entstehen wird, soweit die Ansprüche nicht auf Dritte übergegangen sind oder übergehen werden. 22

Die Beklagten haben beantragt, 23

die Klage abzuweisen. 24

Sie haben behauptet, die Hüftprothese sei am 02.08.2005 passgenau und anatomisch korrekt implantiert worden. Eine intraoperative Röntgenkontrolle sei nicht erforderlich gewesen. Die postoperativ gefertigten Röntgenaufnahmen vom 03.08. und 11.08.2005 belegten im übrigen den korrekten Sitz der Prothese. Auch in der Folgezeit habe es keinerlei Anzeichen für eine Lockerung der Prothese gegeben. Eine Indikation für eine Revisionsoperation mit einem Wechsel der Prothese habe daher nicht bestanden. Der Eingriff vom 04.05.2006 sei daher nicht aufgrund eines geplanten Prothesenwechsels, sondern nur wegen der Resektion von Kalk-, Knochen- und Narbengewebe im Hüftbereich durchgeführt worden. Über den entsprechenden Eingriff habe der Beklagte zu 3) die Klägerin vollumfänglich und zutreffend aufgeklärt. Schließlich sei die Infektion der Klägerin mit Staphylokokkus-Erregern nicht auf ein fehlerhaftes Vorgehen der Beklagten zurückzuführen, sondern stelle ein jeder Operation 25

immanentes, schicksalhafteres Risiko dar.

Wegen des weitergehenden erstinstanzlichen Sachvortrags wird auf den Tatbestand der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. 26

Das Landgericht hat die Klage nach Beweisaufnahme durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Dr. N vom 28.01.2010 nebst mündlicher Erläuterung im Verhandlungstermin vom 01.09.2010 abgewiesen. 27

Zur Begründung ist im Wesentlichen ausgeführt, dass die Operationen vom 02.08.2005 und 04.05.2006 behandlungsfehlerfrei durchgeführt worden seien. Die geringe Distanz zwischen Kunstpfanne und Pfannengrund habe keine Auswirkungen auf den Eintritt von Primär- und Sekundärstabilität gehabt. Eine intraoperative Röntgenkontrolle sei nicht erforderlich und im übrigen wegen der Operation in Seitenlage nicht aussagekräftig gewesen. Da es keine Anzeichen für eine Lockerung der Prothese gegeben habe, habe die Indikation für einen Austausch der Prothese im Zuge der Operation vom 04.05.2006 nicht bestanden. Über den tatsächlich durchgeführten Eingriff sei die Klägerin ausweislich des Inhalts der von der Klägerin unterzeichneten Einwilligungsbögen sowie der Angaben des Beklagten zu 3) im Rahmen seiner persönlichen Anhörung vollständig und zutreffend aufgeklärt worden. 28

Schließlich sei auch die Infektion mit einem Staphylokokkus-Erreger nicht auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen, sondern stelle ein seltenes, aber typisches Risiko einer Prothesenimplantation dar. 29

Hiergegen richtet sich die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin. 30

Sie macht unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens und unter Hinweis darauf, dass sich die angefochtene Entscheidung nicht mit den von ihr eingeholten schriftlichen Privatgutachten des Dr. T auseinandergesetzt habe, geltend, dass den Beklagten sehr wohl die bereits erstinstanzlich behaupteten Behandlungs- und Aufklärungsfehler anzulasten seien. 31

Bei der Operation vom 02.08.2005 seien die Prothesenteile nicht in anatomisch korrekter Lage implantiert worden mit der Folge eines Spaltes zwischen Kunstpfanne und originärem Pfannenboden, so dass weder eine primäre noch eine sekundäre Stabilität des Hüftgelenks eintreten können. Bei der notwendigerweise intraoperativ durchzuführenden Röntgenkontrolle oder aber jedenfalls im Zuge der Röntgenaufnahme vom 03.08.2005 hätte die fehlende Stabilität erkannt werden müssen. Durch das Verkennen sei eine Belastungsinstabilität eingetreten, die zu unnötigen Schmerzen und einem verzögerten Heilungsverlauf geführt habe. Im Zuge der Operation vom 04.05.2006 sei behandlungsfehlerhaft der Austausch der Prothese unterblieben mit der Folge der Infektion. Denn wäre anlässlich der Revisionsoperation der notwendige Kontakt zwischen Pfanne und knöchernem Pfannengrund sofort hergestellt worden, hätte es nicht zu der Besiedelung mit Keimen im Hüftgelenk kommen können. 32

Die Klägerin beantragt, 33

gemäß den Schlussanträgen I. Instanz zu entscheiden. 34

Die Beklagten beantragen, 35

die Berufung zurückzuweisen. 36

37

Sie wiederholen und vertiefen im Wesentlichen ihren erstinstanzlichen Sachvortrag.	
Wegen des weiteren Vorbringens wird auf den Inhalt der zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.	38
Der Senat hat Beweis erhoben durch ergänzende mündliche Anhörung des Sachverständigen Dr. N. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Berichterstattevermerk vom 12.09.2011 Bezug genommen.	39
B.	40
Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.	41
Der Klägerin stehen gegen die Beklagten keine Ersatzansprüche aus dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen zu.	42
I.	43
Die Operation vom 02.08.2005 ist vom Beklagten zu 2) behandlungsfehlerfrei durchgeführt worden.	44
Nach den ergänzenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. N lässt der Umstand, dass ausweislich der postoperativ am 03.08. und 11.08.2005 gefertigten Röntgenaufnahmen ein Abstand zwischen dem knöchernen Pfannengrund und der implantierten Pfanne von bis zum 5 mm bestand, nicht den Schluss auf einen Behandlungsfehler in Gestalt einer Fehlpositionierung der Kunstpfanne zu.	45
Zwar hat der Sachverständige ausgeführt, dass grundsätzlich ein möglichst schlüssiger Sitz der Prothese angestrebt wird.	46
Den Beklagten zu 1) und 2) kann jedoch weder vorgeworfen werden, dass	47
der verbleibende 5-mm-Saum primär vermeidbar gewesen wäre noch dass das Belassen in dieser Position, wie sie für die Beklagten in den postoperativ gefertigten Röntgenaufnahmen vom 03.08. und 11.08.2005 zweifelsfrei erkennbar war, eine vorwerfbare Standardabweichung darstellt.	48
Der Sachverständige hat plausibel ausgeführt, dass spezifische anatomische Besonderheiten im Einzelfall dazu führen können, dass der mit dem Fräsvorgang angestrebte vollständige schlüssige Sitz nicht erreicht werden kann und eine Distanz zwischen Kunstpfanne und knöchernem Pfannengrund wie im vorliegenden Fall verbleibt. Einen Behandlungsfehler stellt ein Verbringen bzw. Belassen der Kunstpfanne in dieser Position jedoch bereits deshalb nicht dar, weil ein schlüssiger Sitz nach den Erfahrungsberichten des vom Sachverständigen Dr. N hinzugezogenen Referenzchirurgen des Herstellers, Dr. K, nicht Voraussetzung für das Erreichen der Primär- und der anschließenden Sekundärstabilität ist. Angesichts dessen, dass die Erkenntnisse des Dr. K auf der repräsentativen Zahl von 3.200 implantierten Pfannen des bei der Klägerin ebenfalls verwendeten Typs (RM-Klassik-Pfanne der Fa. Mathys) basieren, besteht an der Richtigkeit dieser Aussage kein Zweifel. Der Privatgutachter Dr. T, der das Erreichen einer Primärstabilität bei fehlendem schlüssigen Sitz ausgeschlossen hat, setzt sich mit dieser auf eigener umfangreicher Erfahrung des Referenzchirurgen beruhenden Wertung des Sachverständigen nicht dezidiert auseinander, sondern verweist darauf, dass „ <i>Erfahrungsberichte verschiedenster Operateure lediglich die erreichten Ergebnisse belegen</i>	49

könnten“ sowie dass das Erreichen einer optimalen Positionierung des Implantats immer angestrebt werden müsse. Letzteres steht zu der Aussage des gerichtlichen Sachverständigen jedoch nicht in Widerspruch und lässt insbesondere nicht den Schluss zu, dass jede auf anatomischen Besonderheiten beruhende Abweichung von dieser Optimalposition einen Behandlungsfehler darstellt.

War die vom Beklagten zu 2) in der Operation vom 02.08.2006 erreichte Positionierung mithin 50 regelrecht und nicht korrekturbedürftig, kommt es auf die Frage, ob eine intraoperative Röntgenkontrolle zur Feststellung und Korrektur einer Fehlposition hätte durchgeführt werden müssen, ohnehin nicht an. Im übrigen hätte eine Röntgenkontrolle nach den nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen wegen der regelgerecht in Seitenlage durchgeführten Operation der Klägerin ohnehin kein aussagekräftiges Ergebnis gebracht. Diesen Umstand hat der Privatgutachter Dr. T, der eine intraoperative Kontrolle als Grundlage für eine mögliche Korrektur trotz der in den Leitlinien lediglich vorgesehenen Option für unabdingbar gehalten hat, unberücksichtigt gelassen. Insofern ist seine – ohnehin nicht näher verifizierte – Angabe, dass die intraoperative Röntgenkontrolle „*allgemein üblich sei*“ und „*in den meisten Kliniken gemacht werde*“ jedenfalls für den vorliegenden Fall nicht maßgeblich.

II. 51

Auch die Operation vom 04.05.2006 lässt keinen Behandlungsfehler erkennen. 52

1. 53

Dass die Entfernung des Narbengewebes und des Schleimbeutels nach diagnostizierter 54 Bursitis indiziert und als solche gemäß dem fachärztlichen Standard ausgeführt worden ist, steht außer Streit.

2. 55

Der in dieser Operation unterbliebene Austausch der Prothese stellt keinen 56 Behandlungsfehler dar. Eine solche Revisionsoperation war nicht indiziert. Der Sachverständige Dr. N hat dazu plausibel dargelegt, dass unter Zugrundelegung des klinischen Beschwerdebildes nebst laborchemischer Untersuchungen sowie der Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 03.08. und 11.08.2005 sowie des Szintigrammes vom 21.03.2006 keinerlei Anzeichen für eine Lockerung der Prothese oder eine von vorneherein nicht erreichte Primär- oder Sekundärstabilität, sondern vielmehr lediglich solche, die auf eine Schleimbeutelentzündung hindeuteten, vorlagen. Dass die aus dem Szintigramm erkennbaren Mehranreicherungen mit dem darauf basierenden Hinweis des Radiologen, dass der Befund mit einer Pfannenlockerung vereinbar sei, keine Indikation für einen Austausch der Pfanne begründeten, hat der Sachverständige Dr. N unter Hinweis darauf, dass die aus einer 7 Monate nach Implantation des Hüftgelenks gefertigten Szintigraphie ersichtlichen Umbauvorgänge keine sicheren Schlüsse zulassen, da bis zu einer Spanne von 2 Jahren nach Implantation in jedem Fall mit einer erhöhten Stoffwechselaktivität im Bereich der Prothese gerechnet werden müsse, erläutert. Diesem grundsätzlichen Infragestellen der Aussagekraft einer in diesem Zeitraum erstellten Szintigraphie ist auch der Privatgutachter Dr. T nicht entgegengetreten. Dessen Einwand, dass eine Mehranreicherung allein im Pfannenbereich, nicht allerdings im Bereich des Kunstschaftes erkennbar sei und eben dies den Schluss auf einen pathologischen Befund in Gestalt einer Pfannenlockerung zulasse, hat der Sachverständige Dr. N mit dem Hinweis, dass das Anwachsungsverhalten von Kunstpfanne und Kunstschaft bereits aufgrund unterschiedlicher Durchblutungsverhältnisse

völlig unterschiedlich sein könne, nachvollziehbar entkräftet. Die Bewertung des Sachverständigen wird nicht zuletzt auch durch das später unter dem 29.01.2007 gefertigte Röntgenbild gestützt, das eine Abnahme der Distanz zeigt. Diese kann nach der Wertung des Sachverständigen nur als Hinweis für eine knöcherne Integration gesehen werden. Insbesondere vor dem Hintergrund des bei einer Gelenkeröffnung ohnehin erhöhten und im konkreten Fall durch den bereits eingebrachten metallischen Fremdkörper noch weiter verstärkten Infektionsrisikos ist der Sachverständige daher stimmig zu dem Ergebnis gelangt, dass ein Austausch der Kunstpfanne vor diesem Hintergrund nicht indiziert und nicht vertretbar war. Angesichts der hohen Risikolage kann die verharmlosende Aussage des Privatgutachters Dr. T, eine Prothesenrevision sei hier „ohne weitere Belastung für die Patientin möglich gewesen“, nicht überzeugen.

Die Richtigkeit dieser Bewertung des Sachverständigen Dr. N wird auch nicht durch die schließlich mit Operation vom 31.01.2007 erfolgte Entfernung der Kunstpfanne in Zweifel gezogen. Zum einen ist ohnehin die ex-ante-Sicht zum Zeitpunkt der Operation vom 04.05.2006 maßgeblich. Zum anderen hat der Sachverständige - ausgehend insbesondere von der aus dem Röntgenbild vom 29.01.2007 ersichtlichen knöchernen Integration - eine Indikation für den Austausch auch zu diesem Zeitpunkt nicht gesehen. Die Vornahme der Revisionsoperation lässt daher allenfalls den Schluss zu, dass der Klägerin der Wechsel der Prothese als letzte Möglichkeit angesichts der fortdauernden Beschwerden angeboten worden ist. Denn die Indikation zur Revisionsoperation vom 31.01.2007 erfolgte jedenfalls nicht aufgrund der Infektion des Hüftgelenks. Diese wurde vielmehr erst im Zuge der Revisionsoperation festgestellt.

3.

Die Behauptung der Klägerin, bei Herstellung des Kontaktes zwischen Pfanne und Pfannenboden durch Austausch der Pfanne am 04.05.2006 hätte die Besiedelung mit Keimen im Hüftgelenk vermieden bzw. das Fortschreiten einer Infektion verhindert werden können, rechtfertigt ebenfalls nicht die Annahme eines Behandlungsfehlers. Der Sachverständige Dr. N hat nachvollziehbar dargelegt, dass die Infektion des Kunstgelenkes eine schicksalhafte Komplikation ist und keinen Rückschluss auf einen Behandlungsfehler zulässt. Dies deckt sich im übrigen mit der vom Privatgutachter Dr. T vertretenen Auffassung, nach der die Infektion nicht einer der beiden Operationen zugeordnet werden könne.

III.

Sofern die Klägerin in der Berufung erneut geltend macht, dass der Austausch des Hüftgelenks im Vorfeld der Operation vom 04.05.2006 besprochen worden sei und sie nur hierin, nicht aber in die tatsächlich vorgenommene Bursektomie und Narbenresektion eingewilligt habe, besteht kein Anlass, von dem vom Landgericht getroffenen Feststellungen nach Maßgabe des § 529 Abs. 1 ZPO abzuweichen. Das Landgericht ist nach Anhörung der Klägerin und des Beklagten zu 3) unter Berücksichtigung des Inhalts der von der Klägerin unterzeichneten, im Original in den Krankenunterlagen befindlichen Aufklärungsbögen zu dem Ergebnis gelangt, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung erfolgt ist. Insofern kann zur Vermeidung von Wiederholungen auf die diesbezüglichen Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen werden. Zu Recht verweist im übrigen auch die Beklagtenseite darauf, dass es nicht plausibel ist, dass die Klägerin einem „Mehr“, nämlich dem mit einem erhöhten Risiko verbundenen Austausch der Prothese, zugestimmt haben will, nicht aber dem „Weniger“ in Gestalt der Bursektomie nebst Narbenrevision.

IV.

Da bereits dem Grunde nach keine Haftung der Beklagten besteht, sind Ausführungen zu dem von der Klägerin geltend gemachten Schadensumfang nicht veranlasst.	63
C.	64
Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit aus §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO.	65
D.	66
Die Revision war nicht zuzulassen.	67
Der Rechtssache kommt weder grundsätzliche Bedeutung zu, noch ist eine Entscheidung des Revisionsgerichts wegen der Fortbildung des Rechts oder der Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich, § 543 Abs. 2 ZPO.	68