
Datum: 20.03.2012
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 78/11
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2012:0320.26U78.11.00

Vorinstanz: Landgericht Paderborn, 4 O 554/09
Nachinstanz: Bundesgerichtshof, VI ZR 207/12

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 09.03.2011 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Paderborn wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufungsinstanz werden dem Kläger auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Die Sache ist beim BGH: VI ZR 207/12

Gründe:

I.

Der Kläger hat von den Beklagten wegen vermeintlicher ärztlicher Behandlungsfehler anlässlich seines stationären Aufenthaltes im K-Krankenhaus K2 in den Zeitraum vom 16.02.2006 - 09.03.2006 in der Hauptsache die Zahlung eines mit 120.000,00 € für

1

2

3

angemessen erachteten Schmerzensgeldes sowie die Feststellung weitergehender Ersatzpflicht für materielle und immaterielle Schäden begehrt.

Die Parteien haben erstinstanzlich insbesondere darüber gestritten, ob sich der Kläger in dem Krankenhaus der Beklagten mit multiresistenten Keimen - insbesondere dem Erreger MRSA - infiziert habe, und ob die Beeinträchtigungen des Klägers auf Behandlungsfehlern bei oder nach den Operationen - insbesondere auch der Nichteinhaltung von Hygienevorschriften - oder Organisationsmängeln im Rahmen der Krankenhaushygiene beruhen. 4

Das Landgericht hat die Klage nach Beweisaufnahme durch Zeugenvernehmung und Begutachtung durch einen chirurgischen Sachverständigen abgewiesen. 5

Auf der Basis der Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen habe der Kläger Behandlungsfehler nicht bewiesen. Die Befunderhebung zu Keiminfektionen sei regelgerecht erfolgt, ebenso die dazu durchgeführte Antibiose. Eine Infektion mit MRSA habe nicht stattgefunden; sie ergebe sich weder aus den Krankenunterlagen der Beklagten zu 1) noch aus den Unterlagen des danach behandelnden Universitätsklinikums M. Insoweit ließen sich auch keine Dokumentationsfehler feststellen. Soweit bei dem Kläger eine Infektion mit dem Keim MRSE festgestellt worden sei, habe dies keine Auswirkungen gehabt. Die Operationen seien lege artis erfolgt. Auch hygienische Defizite ließen sich nicht feststellen. 6

Dagegen richtet sich die Berufung des Klägers, der sein erstinstanzliches Begehren weiter verfolgt. 7

Der Kläger macht geltend, dass der Schwerpunkt des Falles auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene gelegen habe; das Landgericht hätte deshalb nicht ohne die Einholung eines weiteren chirurgischen Gutachtens und eines weiteren Gutachtens auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene entscheiden dürfen. Die Ermittlungen zur Einhaltung der Hygienevorschriften durch Vorlage von Sterilisationsetiketten seien unzureichend. Insbesondere hätte auch eine Begehung der Klinik durchgeführt werden müssen. 8

Die bisherige Begutachtung sei insgesamt fehlerhaft. Der Kläger rügt, dass bei der Einlieferung kein Abstrich im Wundbereich zur Feststellung resistenter Keime vorgenommen worden sei. Die vorgenommene Antibiose sei deshalb nicht auf den jeweiligen Keim abgestimmt und nicht in der exakten Dosierung vorgenommen worden. Auch die Umstellung der Antibiotika-Therapie vor Eliminierung sämtlicher Keime sei fehlerhaft gewesen. 9

Der Kläger macht geltend, dass unklar sei, ob bei der Operation steriles Besteck verwendet worden sei. Überdies sei bei ihm als Risikopatienten fehlerhaft bei der ersten Operation die Bauchdecke trotz möglicherweise vorhandener Speisereste im Bauchraum wieder verschlossen worden. Die erforderliche engmaschige Keimkontrolle - insbesondere durch tägliche Abstriche und Schnelltests - habe gefehlt, und er sei zu spät erneut operiert worden sei. Bei sachgerechtem Vorgehen hätte zumindest der Magen nicht komplett entfernt werden müssen. Auch die Resektion eines Teils des Darms sei vermeidbar gewesen, wenn die entstandene Fistel frühzeitiger erkannt und behandelt worden wäre. 10

Der Kläger verbleibt dabei, dass bei ihm entgegen den Feststellungen des gerichtlichen chirurgischen Gutachters eine MRSA-Infektion vorgelegen habe. Sonst wäre ihm bei den Nachbehandlern in M nicht das Reserveantibiotikum Vancomycin verabreicht worden. Zur Beurteilung dieser Frage sei die Einholung eines Gutachtens eines Mikrobiologen und Hygienikers erforderlich gewesen. 11

Jedenfalls bei der festgestellten MRSE-Infektion habe es sich um eine nosokomiale Infektion gehandelt, weil die im Rahmen der ersten Operation genommenen Abstriche keinen Nachweis von resistenten Erregern ergeben hätten, während zum Zeitpunkt der Entlassung der Nachweis von MRSE vorgelegen habe. Fehlerhafterweise sei der Sachverständige davon ausgegangen, dass diese Infektion keine Auswirkungen für den Kläger gehabt habe. Es handele sich um Keime, die ohne Behandlung gravierende Folgen hätten, etwa nicht mehr heilende Wunden, angegriffene Organe und eine Sepsis.	
Der Sachverständige habe sich nicht mit der der Klinik obliegenden Bewertung nach § 23 Infektionsschutzgesetz befasst.	13
Der Kläger beantragt,	14
1.	15
die Beklagten unter Abänderung des am 09.03.2011 verkündeten Urteils des Landgerichts Paderborn, Az: 4 O 554/09, als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes, in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen,	16
2.	17
festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche weiteren materiellen und immateriellen Schäden, die ihm aufgrund der in der Zeit zwischen dem 16.02.2006 und 09.03.2006 erfolgten ärztlichen Behandlung entstanden sind oder entstehen werden zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind,	18
3.	19
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger 3.979,36 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.	20
Die Beklagten beantragen,	21
die Berufung zurückzuweisen.	22
Sie verteidigen die angefochtene Entscheidung.	23
Sie halten die Berufung hinsichtlich der Beklagten zu 2) bis 4) für unzulässig, weil es an konkreten Vorwürfen gegen diese Beklagten fehle und sich der Kläger mit der Klageabweisung insoweit nicht auseinandersetze.	24
Auch im Übrigen sei die Berufung unbegründet.	25
Der gerichtliche Sachverständige sei zur Begutachtung berufen gewesen, weil es um die Bewertung medizinischer Vorgehensweisen im Rahmen einer chirurgischen Behandlung gegangen sei. Insoweit habe der Sachverständige bereits zutreffend das Vorliegen von Behandlungsfehlern verneint.	26
Das operative Vorgehen sei lege artis erfolgt. Auch die Fistelbildung sei nicht auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen, zumal bei dem Kläger eine Infektion des Bauchraumes bereits bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus vorgelegen habe. Mangels Anhaltspunkten	27

habe für eine frühere Operation der Fistel keine Veranlassung bestanden. Nach dem Erkennen sei sie sachgerecht behandelt worden.	
Für eine MRSA-Infektion im Krankenhaus der Beklagten bestünden keine Anhaltspunkte. Eine solche sei auch durch die Aussage der Zeugin X nicht bewiesen.	28
Die festgestellte MRSE-Infektion sei fachgerecht behandelt worden. Die Infektion habe auch keine weiteren Konsequenzen gehabt.	29
Bei der Operation seien die Hygienevorschriften befolgt worden.	30
Der Senat hat die Parteien persönlich angehört und Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung der Zeugen Dr. O2 und N sowie durch Einholung eines mündlichen Gutachtens des chirurgischen Sachverständigen Prof. Dr. I. Wegen des Ergebnisses wird auf den Berichterstattevermerk zum Senatstermin vom 20.03.2012 Bezug genommen.	31
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, insbesondere der erstinstanzlich gestellten Anträge, wird auf die angefochtene Entscheidung sowie die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.	32
II.	33
Die Berufung ist unbegründet.	34
Zu Recht hat das Landgericht die Klage abgewiesen.	35
Dem Kläger stehen die geltend gemachten Ansprüche unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu. Sie ergeben sich insbesondere nicht aus den §§ 611, 280, 823, 253 Abs.2 BGB.	36
Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme lässt sich nicht feststellen, dass den Beklagten haftungsbegründende Behandlungsfehler unterlaufen sind. Dabei stützt sich der Senat auf die überzeugenden, vollständigen und widerspruchsfreien Ausführungen des hinzugezogenen chirurgischen Sachverständigen. Eine Begutachtung durch Sachverständige auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene ist dagegen nicht erforderlich gewesen. Die Frage eines Behandlungsfehlers ist durch einen Sachverständigen der jeweiligen Fachrichtung zu klären, hier durch den eingeschalteten chirurgischen Sachverständigen. Das gilt auch für die bei der Behandlung einzuhaltenden Hygienevorschriften und die Feststellung einer Keiminfektion auf der Basis der Laborbefunde, die nach dem medizinischen Standard dem behandelnden Chirurgen obliegt. Die Einschaltung von Sachverständigen sonstiger Fachgebiete ist dagegen erst angezeigt, wenn es um die Folgen festgestellter Behandlungsfehler geht. Diese Situation ist aus den nachfolgend erörterten Gründen hier nicht gegeben.	37
1.	38
Den Beklagten ist es nicht anzulasten, dass bei dem Kläger nicht bereits bei der Anlieferung Einlieferung ein Abstrich im Wundbereich zur Ermittlung von Keimen genommen worden ist.	39
Der Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten überzeugend ausgeführt, dass ein präoperatives Eingangsscreening wegen der Notfallsituation nicht zu fordern gewesen ist, weil es keinen Einfluss auf die Notoperation haben konnte. Überdies ist ein Abstrich noch am 16.02.2006 genommen worden, der kein pathologisches Ergebnis erbracht hat.	40

2.	41
Auch die perioperative antibiotische Behandlung ist nicht zu beanstanden. Der Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten und bei seiner Anhörung durch den Senat plausibel angegeben, dass es bei dem Kläger nicht um eine antibiotische Prophylaxe gegangen ist, sondern wegen der bekannten Infektion um eine therapeutische Medikation. Diese ist lege artis erfolgt. Überdies ist auch unverzüglich auf das Ergebnis des bei der Operation erfolgten Abstriches reagiert worden, indem sodann auf das Medikament Zienam umgestellt worden ist.	42
3.	43
Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme stellt es keinen Behandlungsfehler dar, dass nach der Operation am 16.02.2006 der Bauchraum verschlossen worden ist, obwohl die Gefahr des Verbleibens von infektiösen Resten in der Bauchhöhle bestanden hat.	44
Der Verbleib von infektiösen Resten in der Bauchhöhle ist nach den Ausführungen des Sachverständigen seiner Anhörung durch das Landgericht wegen der Verwachsungen in der Bauchhöhle nicht zu vermeiden gewesen. Mit ihnen war deshalb zu rechnen. Gleichwohl ist nicht zu beanstanden, dass der Bauchraum verschlossen worden und nicht etwa nur abgedeckt worden ist. Denn der Sachverständige hat bei seiner Anhörung durch den Senat überzeugend dargelegt, dass eine operative Nachschau wegen dieser Gegebenheiten ohnehin erforderlich gewesen und vorgesehen gewesen ist. In dieser Situation ist es unerheblich gewesen, ob der Bauchraum offen gelassen oder verschlossen wurde. Die Entscheidung hat nach Auffassung des Senats zudem im Ermessen des behandelnden Arztes gelegen, weil beide Methoden ihre Vor- und Nachteile gehabt haben. Der Sachverständige hat nachvollziehbar erläutert, dass bei einem Verschließen der Wunde die Gefahr zu hoher Spannung mit der Folge mangelnder Durchblutung der inneren Organe bestanden hat, während ein bloßes Abdecken die Gefahr des Flüssigkeitsverlustes und insbesondere die Gefahr des Eintritts von Keimen beinhaltet hat.	45
Die Vorgehensweise hat nach den Erläuterungen des Sachverständigen bei seiner Anhörung durch das Landgericht auch den Leitlinien der deutschen chirurgischen Gesellschaft entsprochen.	46
4.	47
Es lässt sich nicht feststellen, dass bei den Operationen chirurgische Hygienevorschriften missachtet worden sind.	48
Die von dem Senat persönlich angehörten Beklagten zu 2) und 3) haben das hygienische Procedere beschrieben. Zusätzlich hat der Senat dazu die Zeugen Dr. O und N vernommen. Der Sachverständige hat insoweit nach der Vernehmung keine Fragen mehr gehabt und sodann die geschilderten Vorgehensweisen als dem chirurgischen Standard entsprechend angesehen. Es bestehen deshalb keine Anhaltspunkte dafür, dass behandlungsfehlerhaft gegen Hygienevorschriften verstoßen worden ist. Das gilt insbesondere auch für die Sterilisation der verwendeten Materialien. Dies ist nach den Angaben des Sachverständigen durch die in den Krankenunterlagen befindlichen Sterilisationsetiketten belegt. Es ist auf der Basis der Angaben des Beklagten zu 2) zur Verwendung eines zertifizierten Sterilisators seit dem Jahr 2004 nicht feststellbar, dass die apparativen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße und sachgerechte Sterilisation nicht gegeben gewesen sind.	49

Es lässt sich nicht feststellen, dass es bei dem Kläger während der Behandlung im Krankenhaus der Beklagten zu 1) zu einer Infektion mit MRSA-Keimen (multiresistenter <i>Staphylococcus aureus</i>) gekommen ist.	51
Nach den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen finden sich in den Krankenunterlagen der Beklagten zu 1) hierfür keine Anhaltspunkte.	52
Das MRSA-Screening am 21.02.2006 hat ergeben, dass zu diesem Zeitpunkt eine Infektion nicht vorgelegen hat. Diese Screening ist nach den Angaben des Sachverständigen bei seiner mündlichen Anhörung durch Abstriche in den Standardregionen - Achselbereich, Leiste und Nase - erfolgt. Der Senat hat deshalb keine Bedenken, dass gefundene Negativergebnis als zutreffend anzusehen.	53
Es bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass sich eine solche Infektion zu einem späteren Zeitpunkt ereignet hat:	54
Das am 28.02.2006 festgestellte trübe Sekret lässt nach den Ausführungen des Sachverständigen in seinem schriftlichen Gutachten keinen Schluss auf eine MRSA-Infektion, insbesondere eine nosokomiale Infektion, zu, sondern weist auf die weiterhin bestehende entzündliche Entwicklung mit Infektion und Peritonitis hin.	55
Ein Rückschluss aus den gegebenen Beeinträchtigungen ist nach den Feststellungen des Sachverständigen ebenfalls nicht möglich. Die Entzündung hat der Kläger vielmehr bereits mit in das Krankenhaus gebracht, wie der Abstrich vom 16.02.2006 nachweist. Bei dem Kläger lag ein septisches Krankheitsbild vor, das durch einen immer währenden Keimaustritt aus Dünndarm und Pankreas unterhalten worden ist.	56
Es erscheint deshalb plausibel, dass sich der Geschehensablauf mit der Verkeimung der Bauchhöhle bereits zu Beginn der Einlieferung in das Krankenhaus erklären ist; der gegenteilige Schluss auf eine MRSA-Infektion ist jedenfalls nicht möglich.	57
Auch in den Unterlagen der Nachbehandlerin - Universitätsklinik M - ist eine Infektion mit MRSA nach den Feststellungen des Sachverständigen nicht dokumentiert. Auch die im Falle einer Infektion zu erwartenden Isolierungsmaßnahmen sind den dortigen Krankenunterlagen nicht zu entnehmen. Soweit der Kläger bei seiner mündlichen Anhörung durch den Senat geschildert hat, dass er in M aus seiner Sicht in einer Isolierstation behandelt worden ist, hat der Sachverständige bei seiner Anhörung plausibel dargelegt, dass die von dem Kläger geschilderten Umstände auch den Abläufen auf der Intensivstation entsprechen, während keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die darüber hinaus auf einer Isolierstation zu erwartenden Verhaltensmaßnahmen - etwa der Verbleib sämtlicher Instrumente im Zimmer und die Vorschriften für die Einbringung von Nahrung - durchgeführt worden sind.	58
Dass der Kläger in M mit dem Reserveantibiotikum Vancomycin behandelt worden ist, lässt einen Schluss auf das Vorliegen einer MRSA-Infektion im Krankenhaus der Beklagten zu 1) nicht zu.	59
Die Gabe war nach den Ausführungen des Sachverständigen in seinem schriftlichen Gutachten bei der Beklagten nicht erforderlich, weil sich schon das bei der Beklagten gegebene Antibiotikum Doxycyclin als wirksam gegen die nachgewiesenen Erreger erwiesen hatte. Dass nunmehr gleichwohl in M die Gabe notwendig geworden sein könnte, und zwar	60

wegen einer bereits bei der Beklagten entstandenen MRSA-Infektion, ist nach den dortigen Krankenunterlagen nicht feststellbar.

Dass das Klinikpersonal in M nach der Aussage der Zeugin X eine Infektion mit MRSA bestätigt haben soll, reicht zu einer entsprechen Überzeugungsbildung gegenüber den sonstigen entgegenstehenden Umständen nicht aus, um eine Erklärung von Ärzten oder Mitarbeitern zum Bestehen einer MRSA-Infektion (und nicht etwa MSRE) zu beweisen, erst recht nicht, dass eine solche tatsächlich bestanden hat. 61

6. 62

Den Beklagten ist es nicht anzulasten, dass bei dem Kläger eine Infektion mit MRSE-Keimen (multiresistenter Staphylokokkus epidermis) aufgetreten ist. 63

Denn ein Rückschluss aus dem Auftreten dieses Keimes auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers kann nicht gezogen werden. Der Sachverständige hat bei seiner mündlichen Anhörung erläutert, dass eine Infektion mit solchen Keimen nicht sicher zu verhindern ist. Sie heften sich an das zur Versorgung des Patienten benutzte Kunststoffmaterial an und wandern dann in den Körper. Der ärztliche Standard erfordert es deshalb, alle Zugänge zum Körper - etwa jeden Katheter und jeden Tubus - regelmäßig, bei Langliegern wie dem Kläger einmal in der Woche, auszutauschen. Dennoch kann eine Infektion nicht sicher verhindert werden. Es gibt auch kein Material, das von diesem Erreger nicht besetzt wird. Tritt eine Infektion auf, ist diese nur in schweren Fällen auf der Basis der Ergebnisse der Abstriche antibiotisch zu behandeln. 64

Bei dieser Sachlage lässt sich nicht feststellen, dass den Beklagten bei der Versorgung des Klägers Behandlungsfehler unterlaufen sind und dadurch die Infektion eingetreten ist. Nach dem Auftreten der Infektion ist der Kläger nach den Feststellungen des Sachverständigen zutreffend antibiotisch behandelt worden. 65

7. 66

Es lässt sich auch nicht feststellen, dass postoperativ behandlungsfehlerhaft unzureichende Kontrollen der Keimbelastung durchgeführt worden sind und auf die Ergebnisse fehlerhaft reagiert worden ist. 67

Ausweislich der Krankenunterlagen sind Abstriche am 16.02.2006, 21.02.2006 (unter anderem auf den Befall mit MRSA), 23.02.2006, 02.03.2006, 03.03.2006 und 07.03.2006 durchgeführt worden. Zwar sehen die Sepsisleitlinien im Regelfall Abstriche alle 48 - 72 Stunden vor. Der Sachverständige hat die tatsächlichen Intervalle aber im konkreten Einzelfall als fachgerecht bezeichnet und insoweit bei seiner mündlichen Anhörung durch den Senat darauf abgestellt, dass es maßgebliches Ziel sein musste, Verschlechterungen des Gesundheitszustandes rechtzeitig zu erkennen. Dieses Ziel ist erreicht worden. Die Entzündungsparameter sind nach den Ausführungen des Sachverständigen zunächst gesunken. Als es sodann nach der Extubation zu einem Anstieg der CRP- und Leukozytenwerte kam, ist sachgerecht reagiert worden. Eine häufigere Entnahme von Abstrichen aus der Bauchhöhle ist dagegen nicht angezeigt gewesen, weil es sich bei dem lege artis verwendeten VAC-Verband um ein geschlossenes System gehandelt hat, das zur Abstrichentnahme die Öffnung mit der Gefahr der Infektion erfordert hätte. Die Überprüfung des mit dem Schlauch abgesaugten Sekrets hätte dagegen nicht dem medizinischen Standard entsprochen, weil das entnommene Material aufgrund des bis zur Probenentnahme ergehenden Zeitraums nicht mehr repräsentativ gewesen wäre. 68

Die festgestellte Besiedlung mit MRSE-Keimen (multiresistenter Staphylococcus epidermis) ist wirksam mit Gentamycin und Ciprobay behandelt worden.	69
Die Infektion mit Enterococcus faecium hat zutreffend zur Behandlung mit Doxycyclin geführt. Die Gabe dieses Medikaments ist nicht zu beanstanden. Insbesondere ist die Gabe von Vancomycin nicht angezeigt gewesen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen bei der Anhörung durch den Senat war Doxycyclin ausweislich des Antibiotogramms zum Abstrich vom 03.03.2006 ebenso zur Behandlung geeignet wie Vancomycin. Letzteres wird in Fällen der Infektion mit multiresistenten Keimen erst als letztes Mittel gegeben, weil es sich um eines der wenigen Reserveantibiotika gegen derartige Keime handelt. Überdies hat es größere Nebenwirkungen. Es liegt deshalb nahe, Doxycyclin als Mittel der Wahl anzusehen; jedenfalls stellte die Verabreichung keinen Behandlungsfehler dar. Die Gabe ist auch nicht verspätet erfolgt. Es erscheint plausibel, dass die Austestung wirksamer Antibiotika im Wege des Antibiotogramms einer gewissen Zeit bedarf. Es erscheint deshalb überzeugend, dass der Sachverständige die telefonische Information am 05.03.2006 und die alsbaldige Reaktion darauf als nicht verspätet angesehen hat.	70
Das Antibiotika-Regime ist auch ansonsten nicht zu beanstanden. In der am 16.02.2006 bestehenden Notfallsituation musste zunächst blind mit der Antibiotika-Therapie begonnen werden. Im weiteren Verlauf musste dann die Therapie mehrfach modifiziert werden, so wie dies auch nach den Angaben des Sachverständigen zutreffend geschehen ist. Insoweit erscheint es auch plausibel, dass nach den Erklärungen des Sachverständigen bei seiner Vernehmung vor dem Landgericht zur Vermeidung der Bildung von Resistenzen ein 14 tägiger Wechsel der Antibiotika erforderlich gewesen ist.	71
8.	72
Die Beklagten haften nicht etwa deshalb, weil sie eine notwendige Isolation des Klägers unterlassen hätten.	73
Zum einen folgt der Senat den Erläuterungen des Sachverständigen dahin, dass eine Isolation nur den Schutz Dritter vor dem Keimen des Klägers bewirken soll. Schon von daher könnte das Unterlassen der Isolation für den Kläger selbst keine Nachteile haben. Im Übrigen ist allerdings nach den Feststellungen des Sachverständigen eine Isolation wegen der bei dem Kläger aufgetretenen Keime MRSE und Enterococcus faecium nicht erforderlich gewesen.	74
9.	75
Bei der Fistelbildung handelt es sich nach den Ausführungen des Sachverständigen vor dem Landgericht um ein Behandlungsrisiko, das keinen Schluss auf einen Behandlungsfehler zulässt.	76
10.	77
Soweit der Kläger auch die Prüfung der Einhaltung der Pflichten aus § 23 Infektionsschutzgesetz verlangt, hat er damit keinen Erfolg.	78
Es ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes nicht nur Regelungen zum Schutz übergeordneter allgemeiner Interessen, sondern Schutzgesetze gem. § 823 Abs.2 BGB zu Gunsten einzelner Patienten schaffen wollte. Folgerichtig stehen dem Patienten insoweit auch keine Auskunfts- und	79

Einsichtsrechte zu (vgl. das rechtskräftige Urteil des Senats vom 05.04.2011 - I-26 U 192/10 -). Maßgeblich für das Verhältnis des Behandlers zu dem Patienten ist der jeweils einzuhaltende ärztliche Standard. Dass insoweit hier den Beklagten Behandlungsfehler vorzuwerfen sind, lässt sich nicht feststellen.	
Es verbleibt es dabei, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine Haftung der Beklagten nicht bewiesen hat.	80
11.	81
Insoweit kommen ihm auch keine Beweiserleichterungen zugute.	82
Eine Haftung des Krankenhausträgers für eine Infizierung der Operationswunde kommt nur in Betracht, wenn die Keimübertragung durch die gebotene hygienische Vorsorge hätte verhindert werden können. Insoweit trägt grundsätzlich der Kläger die Beweislast. Nur dann, wenn feststeht, dass die Infektion aus einem hygienisch voll beherrschbaren Bereich hervorgegangen sein muss, hat der Krankenhausträger für die Folgen der Infektion sowohl vertraglich als auch deliktisch einzustehen, sofern er sich nicht dahingehend zu entlasten vermag, dass ihn an der Nichtbeachtung der Hygieneerfordernisse kein Verschulden trifft, er also beweist, dass alle organisatorischen und technischen Vorkehrungen gegen vermeidbare Keimübertragungen getroffen waren (Urteil der BGH v. 08.01.1991 - VI ZR 102/90 -, jurisveröffentlichung unter Rz.11).	83
Eine solche voll beherrschbare Situation war vorliegend nicht gegeben. Der Sachverständige hat zum einen darauf hingewiesen, dass der Kläger bereits mit einer Keiminfection in die Klinik der Beklagten zu 1) eingeliefert worden ist. Zum anderen hat er überzeugend dargelegt, dass die Ansteckung mit dem MRSE-Keim auch bei Einhaltung aller Hygienevorschriften nicht sicher zu verhindern ist. Es deshalb im vorliegenden Fall keine voll beherrschbaren Situation vor, die eine Umkehr der Beweislast rechtfertigen würde.	84
Es verbleibt dabei, dass der Kläger die Voraussetzungen für eine Haftung der Beklagten nicht bewiesen hat. Es kann deshalb auch dahingestellt bleiben, inwieweit konkrete Behandlungsfehler einzelnen oder allen Beklagten zuzurechnen wären.	85
Die klageabweisende Entscheidung des Landgerichts ist deshalb nicht zu beanstanden. Dagegen gerichtete Berufung hat keinen Erfolg.	86
Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs.1 ZPO; die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr.10, 711 ZPO.	87
Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und auch keine Entscheidung des Revisionsgerichts zur Fortbildung des Rechts oder zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordert, § 543 ZPO.	88