
Datum: 06.12.2016
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 147/14
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2016:1206.26U147.14.00

Vorinstanz: Landgericht Bielefeld, 4 O 143/11

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 19. September 2014 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufungsinstanz werden der Klägerin auferlegt.

Das angefochtene Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

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

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

Die Klägerin nimmt als Alleinerbin ihres am ###.##.2008 verstorbenen Ehegatten Alois F (geb. ###.##.1938) die Beklagten wegen einer vermeintlich fehlerhaften ärztlichen Behandlung im Jahr 2008 auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Anspruch. 3

Nachdem eine hausärztlich durchgeführte Injektionsbehandlung der bei Herrn F bestehenden Lumboischialgien zu keiner Besserung der Schmerz- und Beschwerdesymptomatik geführt hatte, wurde er aufgrund zunehmender Bauch- und Rückenschmerzen am 16.6.2008 zur 4

stationären Behandlung in das G-Hospital C, dessen Träger die Beklagte zu 1) ist, eingewiesen und zunächst in die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie aufgenommen. Es bestand der Verdacht auf ein akutes Abdomen.

Im Rahmen der Blutuntersuchung zeigte sich der Leukozytenwert deutlich erhöht. Der CRP-Wert bewegte sich im Normalbereich. Die Anfertigung einer abdominellen Computertomographie (CT-Untersuchung) führte zur Diagnose einer Koprostase. Ferner war in der daneben durchgeführten Abdomen-Sonographie ein deutlicher Meteorismus erkennbar. Weitere pathologische Befunde ergaben sich nicht. Herr F erhielt eine Infusion und eine Antibiose. 5

Am Folgetag verschlimmerten sich seine Schmerzen erheblich. Der CRP-Wert erhöhte sich auf 499,7 mg/l. Vor diesem Hintergrund wurde zur Ursachenklärung eine explorative Laparotomie durchgeführt. Eine Ursache fand sich jedoch nicht, insbesondere lagen keine Darmdurchblutungsstörungen vor und es konnten keine Entzündungsherde festgestellt werden. 6

Bei unverändert schlechtem Zustand wurde Herr F am 18.6.2008 zur weiteren Diagnostik und Therapie in die medizinische Klinik I für Allgemeine Innere Medizin im Hause der Beklagten zu 1) überwiesen. Es erfolgte zunächst die Aufnahme auf die Intensivstation, auf der Herr F von den Beklagten zu 4) - 7) behandelt wurde. Zu diesem Zeitpunkt wurde er mit einem Reserve-Antibiotikum behandelt. Unter der Antibiose waren die paraklinischen Entzündungszeichen zunächst rückläufig. Eine Röntgenuntersuchung der Lunge am gleichen Tag ergab den Verdacht auf eine Lungenentzündung. Die mikroskopische Untersuchung des Urins deutete weiterhin auf einen Harnwegsinfekt hin. 7

Am 21.6.2008 wurde im Rahmen einer weiteren Röntgenuntersuchung der Lunge eine Hypervolämie der Lunge diagnostiziert und die Antibiotikabehandlung um ein weiteres Reserve-Antibiotikum ergänzt. Aufgrund von Atembeschwerden musste Herr F intubiert werden. 8

In den bereits an den Tagen zuvor angelegten Blutkulturen zeigte sich am gleichen Tag ein Befall mit Staphylokokkus Aureus. Gegen diese Infektion war zuvor bereits eine Antibiose eingeleitet worden. 9

Herr F wurde in ein künstliches Koma versetzt und wurde ab dem 23.6.2008 über eine Magensonde sowie durch intravenöse Gabe von Glucose ernährt. 10

Die Entzündungswerte zeigten sich rückläufig, wobei der CRP-Wert jedoch mit 106 mg/l immer noch deutlich erhöht war. Im Rahmen einer weiteren Computertomographie am 24.6.2008 von Abdomen, Thorax und Cerebrum zeigten sich abszessverdächtige Herde im Bereich der Rückenmuskulatur, welche schließlich mittels einer Punktion am 25.6.2008 als Eiterherde nachgewiesen werden konnten. 11

An den Folgetagen wurden Bakterien und auch Pilze nachgewiesen, wie Staphylokokkus Epidermidis, Serratia marcescens, Candida albicans und glabrata. Die Antibiotikatherapie wurde umgestellt. 12

Nachdem sich der Gesundheitszustand des Ehemannes der Klägerin im Rahmen der Behandlung durch die Beklagten kurzfristig besserte, kam es am 15.7.2008 zu einer Aspirationspneumonie, welche zur erheblichen Verschlechterung seines Allgemeinzustandes führte. Herr F musste in der Folge erneut künstlich beatmet werden. Die Antibiotika- und 13

Antimykotikabehandlung wurde erneut angepasst.

Nach einer kurzen Besserung des Allgemeinzustandes kam es am 18.7.2008 zu Kammerflimmern aufgrund septischer Einschwemmung. Herr F musste reanimiert werden. Die Antibiose wurde daraufhin abermals angepasst. 14

Nachdem der CRP-Wert am 19.7.2008 wieder bei 400 mg/l lag, sank er bis zum 24.7.2008 kontinuierlich ab. Nach einer weiteren kurzfristigen Erhöhung besserte sich zum 29.7.2008 der Allgemeinzustand des Ehemannes der Klägerin, so dass die künstliche Beatmung beendet werden konnte. 15

Nach weiteren Änderungen der Antibiose war der Allgemeinzustand von Herrn F am 8.8.2008 so gut, dass er am Folgetag auf die Normalstation verlegt werden konnte, auf der die Behandlung durch die Beklagten zu 2) und 3) fortgeführt wurde. Dort verschlechterte sich der Zustand des Ehemannes der Klägerin jedoch erneut. 16

Aufgrund weiterer klinische Symptome wie Taubheit des linken Armes und Kraftlosigkeit wurde am 14.8.2008 eine erneute CT-Untersuchung veranlasst, bei der sich der Verdacht auf einen bösartigen Tumor im Bereich des 4. Brustwirbels ergab. Der Befund wurde als osteolytische Metastase gewertet. Eine Punktion zur endgültigen Abklärung erfolgte nicht. 17

Ab dem 22.8.2008 verschlechterte sich der Allgemeinzustand des Ehemanns der Klägerin erneut zunehmend. Es wurde eine ausgeprägte systemische Entzündung diagnostiziert. Ein rheumatisches Geschehen konnte indes mittels einer Immunserologie ausgeschlossen werden. Herr F verstarb schließlich am 28.8.2008. 18

Die Klägerin hat den Beklagten Behandlungsfehler vorgeworfen. Da durch die Laparotomie vom 17.6.2008 eine Entzündungsursache nicht gefunden worden sei, hätte noch am gleichen Tag, spätestens ein bis zwei Tage später, eine MRT-Untersuchung zur weiteren Aufklärung durchgeführt werden müssen. Die Grunderkrankung ihres Mannes sei nicht richtig diagnostiziert und deswegen auch nicht richtig behandelt worden. Die Hygienebedingungen im Krankenhaus der Beklagten zu 1) seien mangelhaft. Die diversen bakteriellen Infektionen und Pilzinfektionen seien von den behandelnden Ärzten nicht rechtzeitig mit den gebotenen Medikamenten behandelt worden. Nach dem Befund vom 22.8.2008 hätte eine Besprechung mit einer Universitätsklinik erfolgen müssen. Herr F habe nicht ab dem 9.7.2008 oral ernährt werden dürfen. Dies habe zu der Aspirationspneumonie, der dann notwendigen Reanimation und der Tracheotomie geführt. Die Verlegung auf die Normalstation am 9.8.2008 sei vor dem Hintergrund des immer noch erhöhten CRP-Wertes behandlungsfehlerhaft gewesen. Die Beklagten seien zur Entschädigung der langandauernden Leidenszeit ihres verstorbenen Ehemannes zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von mindestens 20.000,00 €, zum Ersatz materiellen Schadens und Haushaltsführungsschadens in Höhe von insgesamt 20.752,73 sowie vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten in Höhe von 2.921,45 € verpflichtet. Daneben sei die Ersatzpflicht für künftige materielle Schäden festzustellen. 19

Das **Landgericht** hat die Klage nach Einholung eines internistisch-kardiologischen Sachverständigengutachtens abgewiesen. Die Klägerin habe den Beweis, dass ihr verstorbener Ehegatte infolge fehlerhafter Behandlung geschädigt worden sei, nicht geführt. Vor dem Hintergrund, dass eine Entzündungsursache bei der Laparotomie vom 17.6.2008 nicht festgestellt werden konnte, habe eine weitere MRT-Untersuchung nicht angeordnet werden müssen. Selbst retrospektiv bleibe die genaue Grunderkrankung unklar. In der durchgeführten transthorakalen Echokardiographie habe es keinen Hinweis für eine Endokarditis gegeben, für deren Diagnose eine MRT-Untersuchung angezeigt gewesen 20

wäre. Ebenso habe die Computertomographie der Wirbelsäule keinen Infektionshinweis ergeben. Vielmehr habe sich ein hoch komplexes Erkrankungsbild mit verschiedenen (Verdachts-)Diagnosen und Symptomen sowie einem kontinuierlich progredienten Verlauf gezeigt. Initial sei die Aufnahme in das Klinikum aufgrund von Rückenschmerzen erfolgt. Im Verlauf seien massive Bauchschmerzen, abszessverdächtige kleine Bezirke im Verlauf der Rückenmuskulatur, lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen, der Verdacht auf eine floride randständige Raumforderung mit Verdacht auf osteolytische Metastasierung sowie schwere Infektionen aufgetreten. Bis heute sei unklar, wo die Entzündungsreaktion ihren Ursprung gehabt habe. Deshalb sei es reine Spekulation ob ergänzende Untersuchungen, insbesondere ein MRT einen Hinweis auf einen Infektfokus gegeben hätten. Der weitere Behandlungsverlauf wäre, falls weitere Untersuchungen keinen wegweisenden Befund ergeben hätten, kein anderer gewesen. Vielmehr wäre der Patient auch dann - wie erfolgt - antibiotisch weiterbehandelt worden. Aufgrund der sehr breiten Behandlung mit Antibiotika sei davon auszugehen, dass der mögliche Infektfokus in der Rückenmuskulatur - auch wenn er nicht durch ein MRT oder ein anderes Verfahren vor dem 24.6.2008 nachgewiesen worden sei - von Anfang an fachgerecht behandelt worden sei. Insoweit habe es keinen Anhalt gegeben, bestimmte Antibiotika länger als erfolgt zu geben. Die bei Herrn F festgestellten Erreger seien auch nicht hinweisend auf mangelnde hygienische Bedingungen in der Klinik. Nosokomiale Infektionen seien - insbesondere bei Aufhalten auf der Intensivstation - auch unter besten hygienischen Bedingungen nicht auszuschließen. Aus der Infektion mit den vorliegenden Erregern könne kein Rückschluss auf unzureichende Hygienebedingungen im Krankenhaus zum Behandlungszeitpunkt gezogen werden. Die medikamentöse Keimbehandlung durch die Beklagten zu 2) – 7) in Bezug auf die aufgetretene Infektion sei weder zu spät noch unzureichend gewesen. Im Krankheitsverlauf seien viele Substanzen eingesetzt worden, die initial empirisch in der Folge jeweils erregerspezifisch und antibiogrammgerecht ausgewählt worden seien. Es habe nach dem Befund vom 22.8.2008 auch keine Rücksprache mit einem Universitätsklinikum zur Abklärung weiterer Behandlungsmöglichkeiten erfolgen müssen. Während des gesamten Krankenhausaufenthalts sei keine Erkrankung diagnostiziert oder Verdachtsdiagnose gestellt worden, welche nur in einer Universitätsklinik hätte behandelt werden können. Darüber hinaus habe der zwischenzeitliche Therapieerfolg die gewählte Strategie bestätigt. Weiter sei die Entscheidung für die enterale Ernährung ab dem 9.7.2008 mangels Vorliegens von Kontraindikationen richtig gewesen. Auch die Verlegung des Ehemanns der Klägerin am 9.8.2008 auf die Normalstation sei nicht fehlerhaft gewesen. Aus der Höhe des CRP-Wertes ließe sich keine Überwachungspflicht ableiten. Zum Zeitpunkt der Verlegung sei der klinische Zustand des Herrn F stabil gewesen. Nachdem der Patient am 27.8.2008 nach wie vor unter einer systemischen Entzündungsreaktion gelitten habe, sei es medizinisch nachvollziehbar gewesen, auf eine weitere intensivmedizinische Behandlung des im Sterbeprozess befindlichen schwerkranken Patienten zu verzichten. Hinsichtlich der Gabe des Antibiotikums Fortum bliebe unklar, warum der Patient das Medikament noch bis zum 5.8.2008 erhalten habe, obwohl aufgrund eines allergischen Exanthems bereits am 3.8.2008 auf das Medikament Infectofos umgestellt worden sei. Angesichts der vielfältigen und schweren Infektionen komme dem nicht schweren allergischen Hautausschlag, welchen der Patient unnötigerweise zwei Tage lang ertragen musste, aber keine selbständige Bedeutung hinsichtlich des Leidens des Patienten zu.

Hiergegen richtet sich die Berufung der **Klägerin**, die ihr erstinstanzliches Begehren vollumfänglich weiterverfolgt. Die Grunderkrankung sei nicht richtig diagnostiziert und damit auch nicht richtig behandelt worden. Bei adäquater Behandlung hätte sich kein septisches Krankheitsbild mit Todesfolge entwickeln können. Nachdem durch die Laparotomie vom 17.8.2008 die Ursache der Beschwerden des Herrn F nicht gefunden worden sei, sei die

sensitivere MRT-Untersuchung zwingend erforderlich gewesen, zumal das CT keinen Befund ergeben habe. Es habe nahegelegen, dass durch die vorstationäre Injektionsbehandlung durch Dr. D eine Infektion mit Staphylokokkus Aureus mit der Folge eines septischen Behandlungsbildes verursacht worden sei. Durch eine frühzeitige MRT-Untersuchung wäre die Grunderkrankung, nämlich eine infektiöse Wirbelsäulenerkrankung, festgestellt und dann adäquat therapiert worden. Jedenfalls hätten die im Behandlungsverlauf durch die Beklagten festgestellten abszessverdächtigen kleinen Bezirke im Verlauf der Rückenmuskulatur Anlass zu einer frühzeitigen MRT-Untersuchung geben müssen. Da eine infektiöse Wirbelsäulenerkrankung eine mehrwöchige antibiotische Therapie benötige, stehe auch fest, dass Herr Gründel nicht lange genug mit einem wirksamen Antibiotikum behandelt worden sei. Eine frühzeitige MRT-Untersuchung hätte bei Einleitung einer adäquaten antibiotischen Therapie zu einem anderen, lebensrettenden Krankheitsverlauf geführt. Die Beklagten hätten das Antibiotikum mehrfach gewechselt und jeweils nicht lange genug gegeben. Ohne eindeutige Diagnose könne aber auch kein wirksames Medikament eingesetzt werden. Nachdem den Beklagten über einen langen Zeitraum von 2 ½ Monaten trotz vielfacher Untersuchungen keine zielführende Diagnose möglich gewesen sei, sei auch angesichts der intermittierend immer wieder auftretenden Verschlechterung des klinischen Zustands eine Rücksprache mit einem Universitätsklinikum zur Abklärung weiterer Behandlungsmöglichkeiten erforderlich gewesen. Die eindringliche Bitte der Klägerin vom 22.8.2008 um Verlegung in die Medizinische Hochschule I sei vom Beklagten zu 3) abgelehnt worden. Dort wäre nach MRT-Untersuchung aber eine richtige Diagnose gestellt und eine lebensrettende Behandlung eingeleitet worden. Das Landgericht habe fehlerhaft eine Überprüfung der Hygienebedingungen vor Ort unterlassen. Die Hygienebedingungen seien nicht eingehalten worden. Anderenfalls hätte es nicht zu weiteren Infektionen, unter anderem auch der Nosokomialen Infektion, dem Harnwegsinfekt sowie der Pilzinfektion kommen können. Fehlerhaft habe das Landgericht weiter der Frage keine Bedeutung zugemessen, warum Herr F trotz allergischer Reaktionen noch zwei weitere Tage das Medikament Fortum erhalten habe. Gerade bei schweren und vielfältigen Infektionen sei es eine außergewöhnliche Belastung für den Patienten, wenn er die Nebenwirkungen eines Medikaments ertragen müsse. Allein dies rechtfertige ein Schmerzensgeld. Herr F habe auch keine orale bzw. flüssige Nahrung erhalten dürfen. Das Landgericht habe nicht ausreichend bewertet, dass sich der Gesundheitszustand des zwischenzeitlich intensivmedizinisch behandelten Patienten bis zum 7.8.2008 in keinster Weise ausreichend stabilisiert habe.

Die Klägerin beantragt,	22
das am 19.09.2014 verkündete Urteil des Landgerichts Bielefeld – 4 O 143/11 – abzuändern und nach den in I. Instanz zuletzt gestellten Anträgen der Klägerin zu erkennen.	23
Die Beklagten beantragen,	24
die Berufung zurückzuweisen.	25
Die Beklagten verteidigen die angefochtene Entscheidung. Herr F habe unter zahlreichen und verschiedenartigen Beschwerden gelitten und sei unter mehreren und verschiedenartigen (Verdachts-)Diagnosen behandelt worden. Die klägerische Forderung nach einer MRT-Untersuchung verkenne die allein maßgebliche Behandlungssituation ex ante. Zudem sei der Patient frühzeitig und prophylaktisch antibiotisch versorgt worden. Die ab dem 16.6.2008 erfolgte Antibiotikatherapie sei nach Angabe des Sachverständigen auch korrekt gewesen. Eine Universitätsklinik sei vorliegend nicht zu kontaktieren gewesen. Sämtliche Verdachtsdiagnosen hätten im Hause der Beklagten fachgerecht behandelt werden können. Der letale Ausgang sei auf die schweren Grunderkrankungen	26

zurückzuführen und rein schicksalhaft. Die Hygienebedingungen seien von der Klägerin nicht substantiiert angegriffen worden. Ex post könne durch eine Untersuchung vor Ort ein Hygienemangel und dessen Kausalität nach mehreren Jahren nicht nachgewiesen werden. Überdies trage die Klägerin widersprüchlich vor, indem sie andererseits behaupte, die Infektion mit Staphylokokkus Aureus sei schon vorstationär durch die Injektionsbehandlung aufgetreten. Der neue Vorwurf, das Medikament Fortum sei zwei Tage länger als erforderlich verabreicht worden, sei verspätet im Sinne des § 531 ZPO. Zudem sei die leichte allergische Reaktion nicht vermeidbar gewesen und habe keine weiteren Auswirkungen gehabt. Zur Frage der enteralen oder parenteralen Ernährung habe sich der Sachverständige eindeutig positioniert. Schließlich wäre der äußerst komplexe und schwerwiegende Krankheitsverlauf des Patienten selbst dann kein anderer gewesen, wenn die Erkenntnisse aus der CT-Untersuchung vom 24.6.2008 und der Punktion vom 25.6.2008 frühzeitig gewonnen worden wären.

Der Senat hat die Klägerin und den Beklagten zu 3) erneut persönlich angehört. Ferner hat der Sachverständige Prof. Dr. C sein Gutachten mündlich erläutert und ergänzt. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsprotokolle vom 20.11.2015 und 06.12.2016 sowie die Berichterstattevermerke vom gleichen Tag verwiesen. 27

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes, insbesondere des genauen Wortlautes der erstinstanzlich gestellten Anträge, wird auf die angefochtene Entscheidung und die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 28

II. 29

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber nicht begründet. 30

Zu Recht hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Die von der Klägerin geltend gemachten Ansprüche auf Schmerzensgeldzahlung, Schadensersatz und Feststellung zukünftiger Ersatzpflicht stehen ihr nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu. 31

Es kommen weder vertragliche Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag gemäß §§ 611, 280 Abs. 1, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB gegen die Beklagte zu 1) noch deliktische Ansprüche gemäß §§ 823 Abs. 1, 831, 249, 253 Abs. 2 BGB gegenüber den Beklagten zu 1) bis 7) in Betracht. 32

Der Senat stützt sich dabei aus den nachfolgenden Gründen auf die erstinstanzliche Begutachtung durch den gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. C, dessen schriftliches Ergänzungsgutachten vom 10.05.2016 sowie dessen umfassende Ausführungen bei seiner Anhörung vor dem Senat. Der Sachverständige hat sich bereits erstinstanzlich dezidiert mit den vorhandenen Krankenunterlagen und dem zu begutachtenden Sachverhalt auseinandergesetzt. Er hat auch im Rahmen seiner Anhörung durch den Senat seine Feststellungen und fachlichen Beurteilungen unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde und der einschlägigen Literatur überzeugend vertreten. 33

Die Klägerin vermochte auch nach der ergänzenden Beweisaufnahme im Rahmen des Berufungsverfahrens keine Behandlungsfehler der Beklagten in Zusammenhang mit der stationären Behandlung ihres verstorbenen Ehegatten in der Zeit vom 16.06. bis 28.08.2008 zu beweisen. Es hat sich insbesondere kein hinreichender Nachweis für die klägerische Behauptung ergeben, dass sich bei richtiger Diagnose und anschließender adäquater Behandlung kein septisches Krankheitsbild mit Todesfolge ergeben hätte. 34

1.	35
Es bleibt vor allem auch im Berufungsverfahren dabei, dass den Beklagten keine Diagnose- oder Befunderhebungsfehler zur Last zu legen sind. Von der Aufnahme bis zum Tod des Patienten hat sich nach Angabe des Sachverständigen ein hoch komplexes Erkrankungsbild mit verschiedenen (Verdachts-)Diagnosen und Symptomen und einem kontinuierlich progredienten Verlauf gezeigt. Auch nach der erstinstanzlich erfolgten Begutachtung sowie der ergänzenden Beweisaufnahme des Senats verbleibt es dabei, dass die tatsächliche Grunderkrankung des Herrn F, die letztlich den schweren und tragischen Verlauf verursacht hat, trotz ausgiebiger Diagnostik (u.a. CT, Röntgen, Punktionen, Labordiagnostik, Herzultraschall, Knochenszintigraphie) bis heute unklar geblieben ist. Der Sachverständige hat dies im Senatstermin nochmals erläutert und hat dabei darauf hingewiesen, dass das über zwei Monate bestehende, intensivmedizinisch betreute und komplizierte Krankheitsbild des Patienten retrospektiv nur sehr schwer aufzuklären ist.	36
a) Ohne Erfolg wirft die Klägerin den Beklagten im Berufungsverfahren weiterhin vor, fehlerhaft eine erforderliche MRT-Untersuchung unterlassen zu haben. Es musste zur Feststellung der Grunderkrankung weder bei stationärer Aufnahme des Patienten am 16.06.2008, noch im weiteren Behandlungsverlauf aus medizinischer Sicht zwingend eine MRT-Untersuchung erfolgen.	37
aa) Die MRT-Untersuchung war nicht bereits direkt zu Beginn der stationären Behandlung zwingend erforderlich, nachdem durch die Laparotomie vom 17.06.2008 die Ursache der Beschwerden des Herrn F nicht gefunden worden ist.	38
Der Sachverständige Prof. Dr. C hat sowohl in seinem schriftlichen Gutachten, als auch im Rahmen seiner mündlichen Erläuterung des Gutachtens überzeugend darauf abgestellt, dass aus ex-ante Sicht eine MRT-Untersuchung nicht zwingend angeordnet werden musste, da die Symptomatik des Patienten unspezifisch und nicht wegweisend war. Möglicherweise lagen retrospektiv Erkrankungen der Wirbelsäule oder der umgebenden Weichteile vor (z.B. Spondylodiszitis, paravertebrale Abszesse o.ä.), für deren Diagnose aus ex post Sicht eine MRT-Untersuchung indiziert gewesen wäre. Allerdings hat der klinische Verlauf gerade keinen deutlichen Hinweis für das Vorliegen einer solchen Erkrankung gegeben. Der Sachverständige hat im Ergänzungsgutachten vom 10.05.2016 unter Berücksichtigung des klägerischen Berufungsvorbringens nochmals bestätigt, dass die Erstellung eines MRT nach dem Ergebnis der explorativen Laparotomie vom 17.06.2008 nach der allein maßgeblichen ex ante Sicht zur Festlegung der Grunderkrankung nicht zwingend erforderlich gewesen ist. Zum einen ließen sich die Beschwerden ohne Weiteres durch die Befunde der wenige Tage vor der stationären Aufnahme am 12.06.2006 erfolgten CT-Untersuchung der Wirbelsäule erklären. Zum anderen war der klinische Zustand des Patienten zu diesem Zeitpunkt instabil, so dass eine MRT-Untersuchung nach Angabe des Sachverständigen nur sehr eingeschränkt durchführbar erschienen ist. Vor allem war die Verdachtsdiagnose zu diesem Zeitpunkt aufgrund der vorliegenden abdominalen Beschwerden, dem Urinbefund und den erhöhten Entzündungsparametern eine Urosepsis, so dass unabhängig von der weiteren Diagnostik eine adäquate antibiotische Therapie und hämodynamische Stabilisierung im Vordergrund gestanden hat. Schließlich hat der initiale Rückgang der Entzündungsparameter diese Verdachtsdiagnose vorerst bestätigt.	39
Soweit die Klägerin diesbezüglich moniert, aufgrund des schlechten klinischen Zustands des Patienten, der ein MRT verhindert habe, sei zumindest eine erneute CT-Untersuchung zwingend erforderlich gewesen, blendet sie aus, dass ein aktuelles CT vom 12.06.2008 vorlag sowie das am 16.06., 24.06., 26.06. und 14.08.2008 unstreitig weitere CT-Aufnahmen	40

erfolgt sind. Zudem hat der Sachverständige insoweit dargelegt, dass bereits der durch die Vornahme des initialen CT gewonnene Befund ausreichend zur Vornahme einer konservativen analgetischen Behandlung gewesen ist. Es lagen hier vier Tage zwischen der initialen Präsentation des Patienten und dessen stationärer Aufnahme bei persistierenden Schmerzen. Die Schmerzen haben sich nach der Aufnahme dann aber anders manifestiert im Sinne eines akuten Abdomens. Aus den Befunden der CT-Untersuchungen lässt sich nicht festmachen, dass ein zusätzliches CT oder ein MRT erforderlich gewesen wäre.

bb) Es war auch im Hinblick auf die vorangegangene Injektionsbehandlung im Rückenbereich keine MRT-Untersuchung bei Aufnahme des Patienten erforderlich. 41

Ein MRT war nach Angabe des Sachverständigen nicht erforderlich, weil das CT für die Identifikation einer Komplikation nach Applikation einer Spritze in den Rücken absolut ausreichte. Das MRT gilt hier gerade nicht als die Methode der Wahl. Vielmehr ist der Nachweis eines Abszesses oder eines Eiterherdes mittels einer CT-Diagnostik problemlos möglich. Soweit die Klägerin anführt, es habe nahegelegen, dass durch die vorstationäre Injektionsbehandlung durch Dr. D eine Infektion mit Staphylokokkus Aureus mit der Folge eines septischen Behandlungsbildes verursacht worden sei, ist der Sachverständige im Senatstermin dabei verblieben, dass im Rahmen einer Komplikationsdiagnostik nach Vornahme einer Spritzen Therapie die Erstellung eines CT ausreicht und das Mittel der Wahl darstellt. 42

cc) Das MRT hätte entgegen der Auffassung der Klägerin auch nicht später nach Feststellung des Eiterherdes im CT vom 24.06.2008, des massiv erhöhten CRP-Wertes und des zu diesem Zeitpunkt bereits erfolgten Staphylokokkus-aureus-Nachweises im Hinblick auf die vorangegangene Injektionsbehandlung als Methode der Wahl zwingend durchgeführt werden müssen, um den (weiteren) Entzündungsherd zu finden. 43

Am 24.06.2008 wurde durch eine CT-Untersuchung festgestellt, dass Herr F Eiterherde in der Rückenmuskulatur aufgewiesen hat. Der Sachverständige hat in seinem Ergänzungsgutachten ausgeführt, dass nach diesem CT vom 24.06.2008, der nachfolgenden CT-gesteuerten Punktion und der mikrobiologischen Ausarbeitung bereits ein Entzündungsherd im Bereich der Rückenmuskulatur und eine mögliche Ursache für die Schmerzen detektiert gewesen ist. Auch wenn das MRT zur Feststellung derartiger Abszesse und Darstellung von Infektionen der Wirbelsäule das sensitivere Untersuchungsverfahren gewesen wäre und möglicherweise einen weiteren Erkenntnisgewinn gebracht hätte, war die Erstellung hier aus medizinischer Sicht nach Angabe des Sachverständigen nicht zwingend geboten, weil das CT vom 24.06.2008 hier bereits einen konkreten Befund in Form von Eiterherden im Bereich der Rückenmuskulatur ergeben hat. Er hat im Senatstermin nochmals bestätigt, dass die Trias aus Sepsis, Bakterienbefall und dem konkreten CT-Befund hier ohne weiteres zu den festgestellten Abszessen in der Rückenmuskulatur passte. Dabei muss man nach Angabe des Sachverständigen hier zwischen den vorgefundenen Eiterherden in der Muskulatur und einem Befund an der Wirbelsäule selbst unterscheiden: nur für eine Entzündung an der Wirbelsäule selbst ist das MRT der Goldstandard. Der Nachweis für das Vorliegen von Staphylokokkus aureus im Blut des Patienten ist durch den Befund, der im CT vom 24.06.2008 erkennbar gewesen ist, aber bereits erklärt gewesen. 44

dd) Es war auch im weiteren Behandlungsverlauf bis Ende August 2008 aus medizinischer Sicht kein MRT zwingend geboten. Vielmehr ist im Krankheitsverlauf auf die einzelnen teils schwerwiegenden Komplikationen jeweils regelgerecht reagiert worden. Der Sachverständige hat dargelegt, dass bei der vorliegenden bakteriellen Blutstrominfektion angesichts des schwerwiegenden und letztlich letalen Verlaufs retrospektiv weitergehend hätte diagnostiziert 45

werden können. Aus ex ante Sicht war die Behandlung und Diagnostik des Patienten, der ein multiples Regime an hochwirksamen Antibiotika erhalten hat und intensivmedizinisch nach der Laparotomie umfassend betreut worden ist, nach Angabe des Sachverständigen aber insgesamt ausreichend.	
b) Zudem bleibt es vollkommen spekulativ, welches Ergebnis eine MRT-Untersuchung Herrn Fs erbracht hätte.	46
Der Sachverständige hat in seinem Ergänzungsgutachten bestätigt, dass der Erkenntnisgewinn einer MRT-Untersuchung und dessen Konsequenz vollkommen spekulativ bleiben. Nur wenn tatsächlich im MRT eine infektiöse Wirbelsäulenerkrankung diagnostiziert worden wäre, hätte dies möglicherweise zu einem anderen Krankheitsverlauf geführt. Der Sachverständige hat im Senatstermin nochmals angegeben, dass sich nicht feststellen lässt, ob tatsächlich noch ein weiteres entzündliches Geschehen im Wirbelsäulenbereich bei dem Patienten vorgelegen hat. Es bleibt danach auch nach der ergänzenden Beweisaufnahme dabei, dass eine infektiöse Erkrankung der Wirbelsäule (Spondylodiszitis), die durch das Bakterium Staphylokokkus aureus hervorgerufen wurde, weiterhin nur eine mögliche Verdachtsdiagnose unter mehreren darstellt.	47
2.	48
Die Behandlung des Infektfokus und der aufgetretenen Sepsis entsprach sodann dem medizinischen Standard im Bereich der hier maßgeblichen Grund- und Regelversorgung.	49
a) Bei einem intensivpflichtigen Patienten mit Blutstrominfektion ist die seitens der Ärzte der Beklagten durchgeführte mehrwöchige antibiotische Therapie in jedem Fall das Mittel der Wahl.	50
Der Infekt-Fokus im Bereich der Rückenmuskulatur ist erstmalig am 26.06.2008 im CT und der anschließenden Punktion diagnostiziert worden. Beide dort festgestellten Keime waren für die ausgewählten Antibiotika sensibel, weshalb der Sachverständige zu dem Ergebnis gelangt ist, dass der Infekt-Fokus fachgerecht behandelt worden ist. Dabei hat der Sachverständige insoweit ausgeführt, dass wegen der bereits ab dem 16.06.2008 erfolgten sehr breiten Behandlung mit Antibiotika die Behandlung des Infekt-Fokus in der Rückenmuskulatur auch bei früherer Diagnose keine andere gewesen wäre.	51
Der Sachverständige hat weiter die erregerspezifische Anpassung der antibiotischen Therapie (vgl. Liste Bl. 296 d.A.) nicht beanstandet. Die Umstellung der Medikamente war nach seinen Angaben in erster Linie klinisch begründet, weil die festgestellten weiteren Infektionen mit anderem Erregerstamm weitere bzw. andere Medikamente erforderten. Der Wechsel der Medikamente ist nach den ergänzenden Angaben des Sachverständigen im Senatstermin aus medizinischer Sicht auch bei einem durch nachgewiesene Bakterien schwer erkrankten Patienten absolut notwendig. Dies gilt vor allem dann, wenn sich unter der Antibiose keine Besserung des Zustands einstellt. Hier hatte man Staphylokokkus aureus und Staphylokokkus epidermis identifiziert. Die vorgenommene Antibiose war genau darauf ausgerichtet und wirksam. Sämtliche verabreichten Antibiotika waren allesamt auf diese konkreten Keime getestet und sensibel. Bei einer Sepsis finden sich aber im Regelfall neben dem identifizierten Keim auch noch andere Keime. Bessert sich unter der Antibiose das Krankheitsbild nicht, gibt man dann regelhaft weitere Antibiotika, um auch die noch nicht identifizierten Keime zu erreichen. Vorliegend ergab sich nach den Ausführungen des Sachverständigen aus dem Krankheitsverlauf die Sorge, dass der Patient noch zusätzliche Keime hat, weshalb das hier gewählte Regime nicht zu beanstanden ist.	52

Soweit der Sachverständige in seinem Ergänzungsgutachten die Gabe von penicillinasefestem Penicillin (Flucloxacillin) und Cephalosporine der 1. Generation als Mittel der Wahl zur Behandlung von Infektionen mit Staphylokokkus aureus bezeichnet hat, hat er im Senatstermin ergänzend erläutert, dass auch diese Medikamente mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr gebracht hätten, als die verordneten Medikamente. Vor allem aber wäre eine derartige Antibiose ist nur unter der Prämisse sinnvoller gewesen, dass es sich um einen konkret isolierten Keim gehandelt hätte, weil diese Medikation sehr eng in ihrer Wirkung ist. Hier hat man das Spektrum dagegen in nicht zu beanstandender Weise weit aufgefächert und das Regime maximal erweitert, in der Hoffnung alle Keime zu erwischen. Bei einem intensivpflichtigen Patienten mit diesem Krankheitsbild war eine Antibiose mit einem engen Wirkungskreis nicht mehr ausreichend.	53
b) Das Behandlungsregime einer mehrwöchigen Antibiose hätte sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit selbst dann nicht anders dargestellt, wenn ein ergänzendes MRT oder einer anderweitige orthopädische Diagnostik tatsächlich den Befund einer Spondylodiszitis erbracht hätte.	54
Selbst wenn man eine Spondylodiszitis unterstellen würde, bliebe bei einem intensivpflichtigen Patienten mit Blutstrominfektion die Antibiose nach Angabe des Sachverständigen das Mittel der Wahl. Die konservative Therapie ist hier vorzugswürdig gewesen, weil das Risiko einer Operation bei einem solchen Patienten zu hoch gewesen wäre.	55
Insoweit hat es der Sachverständige letztlich auch nicht beanstandet, dass seitens der Ärzte der Beklagten kein Orthopäde hinzugezogen worden ist. Zum einen war die Größe der Abszesse nicht überbordend. Zum anderen hatte man einen Patienten in höchst kritischer Situation und durch eine Sepsis gezeichnet. Ein Internist im Klinikum der Beklagten zu 1), der in dieser konkreten Situation keinen Orthopäden hinzuzieht, verlässt in diesem Fall nach Angabe des Sachverständigen noch nicht den fachärztlichen Standard. Hier stand die Sepsis im Vordergrund, deren Behandlung der Internist durchführen kann.	56
Der Sachverständige hat die unterlassene Hinzuziehung eines Orthopäden als sicherlich nicht ideal bezeichnet, vermochte aber aus den oben genannten Gründen keinen Fehler festzustellen. Dabei hat er präzise differenziert und angegeben, dass man in einer Universitätsklinik oder einem Krankenhaus der Maximalversorgung grundsätzlich immer einen Orthopäden hinzugezogen hätte, wenn eine operative Therapie in Betracht gekommen wäre. Je komplexer sich ein Krankheitsbild darstellt, desto bessere Therapiechancen gibt es, wenn dieses interdisziplinär behandelt wird. Auch bei einem primär internistisch erkrankten Patienten hätte wegen der befundeten Abszesse und einem zumindest nicht auszuschließenden Verdacht auf Spondylodiszitis ein zusätzlicher Orthopäde eingeschaltet werden sollen. Im Streitfall ist aber ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zu beurteilen mit einem Patienten, der eine Sepsis hat und sich in höchst kritischem Zustand befindet. In einem solchen Fall ist es nach der Beurteilung des Sachverständigen, der sich der Senat anschließt, noch fachgerecht und entspricht dem medizinischen Standard, wenn dieser Patient so behandelt wird, wie die konkrete Situation es erfordert und zwar durch eine symptomatische Behandlung und Vornahme einer Antibiose. Insoweit muss auch beachtet werden, dass die Vornahme einer Operation bei dem kritischen Zustand des Patienten in der konkreten Situation aus medizinischer Sicht kaum in Betracht gekommen wäre.	57

3.	58
	59

Es war im Streitfall entgegen der Auffassung der Klägerin auch keine Rücksprache mit einem Universitätsklinikum zur Abklärung weiterer Behandlungsmöglichkeiten oder eine Verlegung des Patienten in eine Universitätsklinik erforderlich.

Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt, dass letztlich der behandelnde Arzt entscheiden muss, ob zusätzliche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, um die Behandlung eines Patienten lege artis fortzuführen. Nachdem aber im gesamten Behandlungsverlauf keine Erkrankung diagnostiziert oder Verdachtsdiagnose gestellt worden ist, die nur in einer Universitätsklinik hätte behandelt werden können, hat aus medizinischer Sicht keine zwingende Veranlassung für eine Rücksprache vorgelegen. Hierbei ist nach Angabe des Sachverständigen auch zu beachten, dass der Zustand des Patienten im Behandlungsverlauf zeitweise stabilisiert werden konnte, so dass der zwischenzeitliche Behandlungserfolg die gewählten Strategien bestätigt hat. 60

Weiter machte auch die generell kritische Situation des Patienten keine Verlegung in ein Universitätsklinikum erforderlich. Das Krankheitsbild des Patienten war hier derart kritisch, dass es nach Einschätzung des Sachverständigen richtig gewesen ist, den Patienten konservativ weiter zu behandeln. Die Operation kleinerer Eiterherde oder die Operation einer bislang nicht eindeutig diagnostizierten Spondylodiszitis kam für diesen konkreten Patienten nicht in Betracht. Die Entscheidung, Herrn F weiter antibiotisch auf der Intensivstation zu behandeln, entsprach danach dem medizinischen Standard in der Grund- und Regelversorgung. 61

Demgegenüber hätte eine Verlegung in der konkreten Situation ein großes Risiko für den Patienten nach sich gezogen. Es ist zudem höchst fraglich, was mit einer Verlegung überhaupt gewonnen worden wäre, da man es hier mit einem Patienten zu tun hatte, der sich aufgrund einer Sepsis in akut lebensbedrohlichem Zustand befand und dies bei nicht identifizierter initialer Grunderkrankung. Der Patient war nach Auffassung des Sachverständigen nicht operabel. Auch wenn der medizinische Standard in einem Krankenhaus der Maximalversorgung oder einer Universitätsklinik im Hinblick auf das Erfordernis einer interdisziplinären Diagnostik ein anderer ist, wäre dort mit hoher Wahrscheinlichkeit bei dem konkreten Patienten im Anschluss das gleiche Behandlungskonzept wie bei der Beklagten zu 1) verfolgt worden. Hinzu kommt, dass der mögliche Befund und der Erfolg einer Operation letztlich vollkommen spekulativ bleiben. 62

4. 63

Es kommt schließlich im Hinblick auf die festgestellte Infektion des Patienten keine Haftung der Beklagten aufgrund von vorwerfbaren Hygienemängeln bei der Beklagten zu 1) in Betracht. 64

Konkrete Anhaltspunkte für die Behauptung der Klägerin, die gültigen Hygienestandards seien nicht eingehalten worden, liegen nicht vor. Insbesondere kann allein aus dem Auftreten der Infektion bei dem Ehemann der Klägerin ein solcher Schluss nicht gezogen werden. Eine Haftung des Arztes oder der Klinik für die Infizierung durch Keime kommt nur in Betracht, wenn die Keimübertragung während eines stationären Aufenthalts durch die gebotenen hygienischen Vorsorgen zuverlässig hätte verhindert werden können. Nur wenn feststeht, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich hervorgegangen sein muss, hat der Behandler für die Folgen der Infektion einzustehen, sofern er sich nicht ausnahmsweise entlasten kann (vgl. BGH, NJW 1991, 1541; OLG Hamm, Urt. v. 16.06.2008 – 3 U 148/07). Auch wenn der Verstorbene die Keime innerhalb des Krankenhauses erworben haben sollte, ergibt sich daraus noch keine Haftung der Beklagten. Der 65

Sachverständige hat insoweit ausgeführt, dass die Infektionen des Herrn F nicht auf mangelnde Hygiene hinweisen, da nosokomiale Infektionen insbesondere bei Aufenthalt auf Intensivstationen auch unter den besten hygienischen Bedingungen nicht vollständig auszuschließen sind. Die Erreger, mit denen sich Herr F infiziert hat, gehören zu den häufigsten Erregern von nosokomialen Infektionen auf Intensivstationen, so dass hieraus kein Rückschluss auf mangelnde Hygienebedingungen zum Behandlungszeitpunkt gezogen werden kann. Aus diesem Grund ist der Sachverständige davon ausgegangen, dass die Hygienebedingungen in der Klinik der Beklagten den üblichen Standards in deutschen Krankenhäusern entsprochen haben.

Vor allem wurde der Ehegatte der Klägerin – auch nach eigenem Vorbringen der Klägerin – bereits mit bestehender Keimbelastung in die Klinik eingeliefert. Staphylokokkus aureus-Keime wurden entsprechend bereits am 18.06.2008 festgestellt. Soweit die Klägerin den Beklagten pauschal Hygienemängel vorwirft, können diese nicht die Hauptinfektion betreffen, welche die maßgeblichen Beschwerden des Ehegatten verursacht hat. Ursache etwaiger Hygienemängel können vielmehr allenfalls die weiteren im späteren Verlauf der stationären Behandlung festgestellten anderweitigen Keimbelastungen sein. Im Zuge der Behandlung wurden ab Juli 2008 weitere Bakterien und auch Pilze nachgewiesen, wie Staphylokokkus Epidermidis, Serratia marcescens, Candida albicans und glabrata. Es gibt aber keine identifizierbare Quelle oder Keimträger, auf die die Infektion zurückgeführt werden könnte. Steht indes nicht fest, dass die Infektion aus einem hygienisch voll beherrschbaren Bereich im Sinne der Rechtsprechung des BGH hervorgegangen sein muss, so muss eine Haftung der Beklagten ausscheiden. Ihren pauschalen Vorwurf mangelnder hygienischer Verhältnisse in der Klinik hat die Klägerin mit keinerlei konkreten, nachprüfbaren Tatsachenbehauptungen unterlegt. Der Sachverständige hat im Senatstermin nochmals dargelegt, dass er keinerlei Anhaltspunkte für Versäumnisse in der Klinik feststellen konnte und angesichts der konkret festgestellten Keime auch nichts dafür spricht, dass vorliegend gegen Hygienevorschriften verstoßen worden ist.

66

5.

67

Ohne Erfolg sieht die Klägerin einen weiteren Behandlungsfehler darin, dass ab dem 13.07.2008 wieder auf eine orale Ernährung ihres Ehemannes umgestellt worden ist.

68

Der Sachverständige hat insoweit überzeugend ausgeführt, dass die Entscheidung zur enteralen Ernährung richtig gewesen ist, weil bei dem Patienten auf der Intensivstation seinerzeit keine Kontraindikationen vorgelegen haben. Am 12.07.2008 ist insoweit dokumentiert, dass ein Schluckversuch erfolgte und der Patient in der Lage war, seine Tabletten selbst zu schlucken. Die klinische Untersuchung des Bauches zeigte einen unauffälligen Befund. Vor diesem Hintergrund ist es aus medizinischer Sicht nicht zu beanstanden, dass ab dem 13.07.2008 mit dem Kostaufbau begonnen worden ist. Soweit die Aspiration möglicherweise durch die enterale Ernährung begünstigt wurde, war dieses Ereignis nach Angabe des Sachverständigen nicht vorhersehbar. Der Sachverständige hat im Senatstermin nochmals betont, dass die enterale Ernährung eines Patienten immer nur Vorteile bietet, wenn sie denn möglich ist.

69

6.

70

Eine Haftung der Beklagten ergibt sich auch nicht daraus, dass Herr F trotz allergischer Hautreaktionen nach dem 03.08.2008 noch zwei weitere Tage das Antibiotikum Fortum erhalten hat. Insoweit ist das Landgericht mit überzeugender Begründung davon ausgegangen, dass angesichts der vielfältigen und schweren Infektionen, unter denen Herr F

71

zu dieser Zeit gelitten hat, dem nicht schwerwiegenden Hautausschlag, welchen der Patient möglicherweise unnötig zwei Tage zu lang ertragen musste, keine selbständige Bedeutung hinsichtlich des Leidens des Patienten zukommt, die eine Schmerzensgeldzahlung rechtfertigen könnte. Die Gabe des Medikaments Fortum war nach Angabe des Sachverständigen indiziert, der Hautausschlag an sich ist als häufigste Nebenwirkung dieses Medikaments schicksalhaft eingetreten. Diese Komplikation steht überdies nach Angabe des Sachverständigen in keinem Verhältnis zu dem Nutzen, den man sich durch die maximal mögliche medikamentöse Versorgung mit diesem Medikament als Maximalantibiotikum erhofft. Die allergische Reaktion auf das Medikament Fortum hat den Krankheitsverlauf bei dem Patienten nicht in signifikanter Weise verändert. Sie hatte insbesondere keinerlei Einfluss auf den späteren Tod des Patienten.

III.	72
Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO.	73
Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr.10, 711 ZPO.	74
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.	75