Oberlandesgericht Hamm, 26 U 50/15

Datum:	28.10.2016
Gericht:	Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper:	26. Zivilsenat
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	26 U 50/15
ECLI:	ECLI:DE:OLGHAM:2016:1028.26U50.15.00

Vorinstanz:	Landgericht Bochum, 6 O 14/12
Schlagworte:	Schaden, Schadenersatz, gesetzliche Krankenversicherung, Anspruchsübergang, MRSA-Infektion, Behandlungsfehler
Normen:	§§ 116 I SGB X, 611, 823 BGB
Leitsätze:	Eine gesetzliche Krankenversicherung kann von einem Krankenhaus keinen Schadensersatz aus einer im Krankenhaus fehlerhaft behandelten MRSA-Infektion beanspruchen, wenn die als Schaden geltend gemachten Behandlungskosten auch im Rahmen einer fehlerfreien Therapie angefallen wären.

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 28. Januar 2015 verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Bochum wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufungsinstanz werden der Klägerin auferlegt.

Das angefochtene Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe 1

I. 2

3

Die Klägerin begehrt als gesetzliche Krankenversicherung ihres Mitgliedes U C von der Beklagten Schadensersatz aus übergegangenem Recht gemäß § 116 Abs. 1 SGB X mit der Behauptung, die Versicherte sei während eines stationären Aufenthaltes im Marienhospital in X in der Zeit vom 06.03. bis zum 21.03.2007 fehlerhaft behandelt worden.

Bei der am 03.12.1940 geborenen Versicherten wurde am 13.06.2006 eine Pyloro-Plastik (operative Erweiterung des Magenausgangs) durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurde eine Besiedlung mit MRSA erwähnt. 4

In der Zeit vom 14.08. bis 18.08.2006 befand sich die Versicherte stationär bei der Beklagten. Aus dem Arztbrief vom 22.08.2006 geht hervor, dass eine MRSA-Besiedelung vorbestünde und in den letzten Abstrichen kein MRSA nachzuweisen war. 5

Wegen progredienter retrosternaler Schmerzen erfolgte ein weiterer stationärer Aufenthalt bei der Beklagten vom 19.02. bis 27.02.2007. 6

Am 27.02.2007 wurde die Versicherte in das Klinikum C in C1 verlegt. Dort wurde am 28.02.2007 ein koronarer Bypass implantiert. Ein vor der Operation genommener Abstrich aus dem Nasen- und Rachenraum wurden negativ auf MRSA befundet. 7

Die Rückverlegung nach der Operation in das Marienhospital X erfolgte am 06.03.2007. Bei der Wiederaufnahme wurde kein MRSA-Screening durchgeführt. Im Aufnahmebefund heißt es “Wundheilungsstörungen der Sternotomie im distalen Drittel. CRP 4,7 mg/dl.“ 8

Am 10.03.2007 befindet sich ein handschriftlicher Vermerk in der Krankenakte, dass Schmerzen an der Thoraxwunde bestünden. Am 14.03.2007 ist dokumentiert, dass die Wunde leicht gerötet sei. Es wurde ein chirurgisches Konsil angefordert und um Wundversorgung gebeten. Der CRP Wert betrug an diesem Tag 5,2 mg/dl. 9

In dem chirurgischen Konsil vom 15.03.2007 ist vermerkt, dass eine indurierte Wunde am unteren Wundpol vorläge. Die Drainagestelle sei gerötet, eine Sekretion sei nicht sichtbar, der Verband sei trocken. 10

Beim Verbandswechsel am 17.03.2007 ist dokumentiert, dass die Operationsstelle gelblich belegt sei. 11

Am 18. und 19.03.2007 wurden aus der Operationswunde Wundabstriche zur mikrobiologischen Untersuchung genommen. 12

Am 20.03.2007 ist dokumentiert, dass die Wunde am Sternum eitrig belegt sei und nässte. 13

Die Wundabstriche vom 18./19. März ergaben am 20. und 21.03.2007 den Nachweis von Staphylokokkus aureus bzw. den Nachweis von MRSA. 14

Trotzdem wurde die Versicherte am 21.03.2007 in die Anschlussheilbehandlung nach Bad X1 verlegt. Dort entwickelten sich Fieber sowie ein Eiteraustritt aus der Thorakotomie-Wunde. Es bestand eine Leukozytose, der CRP Wert war auf 39 mg/dl angestiegen. 15

Am 23.03.2007 wurde MRSA im Rachen, in der Thoraxwunde, in der Leiste und in der Nase nachgewiesen. 16

Es erfolgte deshalb am 29.03.2007 die Rückverlegung ins C nach C1. Bei der dortigen operativen Wundrevision konnte erneut MRSA im Wundabstrich nachgewiesen werden. Die 17

Versicherte blieb bis zum 17.04.2007 stationär im C, wo eine operative Wundrevision vorgenommen wurde.

Anschließend erfolgte die Rückverlegung zur Beklagten. Die Versicherte verblieb dann noch einmal vom 17.04. bis zum 01.06.2007 stationär im Marienhospital X. 18

Die Klägerin hat geltend gemacht, bei Wiederaufnahme am 06.03.2007 hätte zwingend ein MRSA-Screening durchgeführt werden müssen. Außerdem wäre es erforderlich gewesen, wegen der nach Wiederaufnahme eingetretenen Wundheilungsstörung auch einen Abstrich aus der Operationswunde zu nehmen. Spätestens am 14.03.2007 hätte ein Abstrich aus der Operationsrunde genommen werden müssen, da zu diesem Zeitpunkt klinische Infektionszeichen vorgelegen hätten. Die Abstrichnahme am 18. und 19.03.2007 sei erheblich zu spät erfolgt. Desweiteren sei es fehlerhaft gewesen, die Versicherte trotz Vorliegens einer MRSA-Infektion in die Anschlussheilbehandlung nach Bad X1 zu verlegen. Der durch das fehlerhafte Vorgehen der Ärzte der Beklagten entstandene Schaden belaufe sich auf insgesamt 14.828,78 €. 19

Die Beklagte hat behauptet, ein routinemäßiges MRSA-Screening am Aufnahmetag sei nicht angezeigt gewesen, da die Versicherte bereits eine Woche zuvor im C mit negativem Befund gescreent worden sei. Aufgrund der leichtgradigen Verschlechterung der vorliegenden Wundheilungsstörung sei am 18.03.2007 zeitgerecht eine bakteriologische Untersuchung erfolgt. In ihrem Krankenhaus seien zu jeder Zeit alle Hygienestandards eingehalten worden. 20

Das **Landgericht** hat die Klage gestützt auf die Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. N und Dr. Dr. L abgewiesen. Zwar sei die Versicherte im Krankenhaus der Beklagten mehrfach fehlerhaft behandelt worden. Die von der Klägerin geltend gemachten Kosten seien aber nicht ursächlich durch die Fehler der Beklagten verursacht worden. Es hätte bereits bei Wiederaufnahme am 06.03.2007 ein MRSA-Screening durchgeführt werden müssen, da festgestanden habe, dass die Versicherte im Jahr 2006 MRSA-Trägerin gewesen sei. Der zuvor im C vorgenommene negative MRSA-Abstrich vom 27.02.2007 sei nicht sensitiv genug, um daraus schließen zu können, dass keine Besiedelung mehr vorliege. Bei sachgerechter Abstrichnahme wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im 06.03.2007 im Nasen- und Rachenraum eine Keimbesiedelung mit MRSA festgestellt worden, die antiseptisch hätte behandelt werden müssen. Im Bereich der Sternumwunde wäre bei entsprechender Abstrichnahme am 06.03.2007 noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Keimbesiedlung festgestellt worden. Ein schwerer Behandlungsfehler sei weiter darin zu sehen, dass trotz nachgewiesener Wundinfektion am 14.03.2007 kein Wundabstrich vorgenommen worden sei. Ein solcher Wundabstrich hätte mit sehr großer Wahrscheinlichkeit eine MRSA-Infizierung im Bereich des Sternums ergeben, so dass ab dem 16.03.2007 eine gezielte Antibiotikatherapie hätte beginnen müssen. Ein weiterer schwerer Fehler sei darin zu sehen, dass nach dem Vorliegen des Ergebnisses der Wundabstriche vom 18. und 19.03.2007 nicht umgehend mit einer Antibiotikatherapie begonnen worden sei, sondern die Versicherte noch in die Anschlussheilbehandlung verlegt worden sei. Eine Haftung der Beklagten sei aber selbst dann nicht gegeben, wenn man die von der Klägerin geltend gemachten Schäden als so genannte Primärschäden qualifiziere. Die bei einem groben Fehler im Grundsatz bestehende Kausalitätsvermutung entfalle hier deshalb, weil der Kausalzusammenhang gänzlich unwahrscheinlich sei. Bei der Klägerin wäre auch bei korrekter Behandlung eine ausgiebige Wundrevision im Bereich des Sternums notwendig gewesen. Insoweit habe die zu spät eingesetzte Antibiotikatherapie keine weiteren Schäden verursacht. Die drohende Gefahr einer Sepsis mit Todesfolge sei glücklicherweise nicht eingetreten. Auch wenn die Ärzte der Beklagten in jeder Situation der Behandlung 21

korrekt gehandelt hätten, wäre der weitere Behandlungsverlauf mit mindestens 95 %iger Wahrscheinlichkeit derselbe gewesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der **Klägerin**, die ihr erstinstanzliches Begehren vollumfänglich weiterverfolgt. Aufgrund des Vorliegens mehrerer grober Behandlungsfehler komme ihr im konkreten Fall eine Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität zugute. Die Beklagte habe den Beweis nicht führen können, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 95 % bei ordnungsgemäßem und rechtzeitigem Handeln der Behandlungsverlauf derselbe gewesen wäre. Beiden Sachverständigen sei wie auch dem Landgericht der Vorwurf zu machen, sich nicht hinreichend in den Sachverhalt hineingekniet zu haben. Die Ausführungen der Sachverständigen basierten bereits auf einer fehlerhaften Auswertung der vorhandenen Behandlungsunterlagen. Tatsächlich sei erst am 28.03.2007 mit einer Antibiotikatherapie begonnen worden, die zudem nicht wirksam gewesen sei. Darüber hinaus seien die Unterlagen der weiteren stationären Behandlung vom 17.04. bis 01.06.2007 nicht beigezogen und in die Beweiswürdigung aufgenommen worden. Insgesamt sei ein dreiwöchiger Krankenhausaufenthalt im Universitätsklinikum C erforderlich geworden. Die Versicherte sei sodann am 17.04.2007 wieder in das beklagte Krankenhaus verlegt worden, wo sie aufgrund ihres geschwächten körperlichen Zustands noch immer bis zum 01.06.2007 stationär behandelt worden sei. Bei ordnungsgemäßem Handeln der Ärzte der Beklagten wäre es nicht zu einer so großen Infektionsausdehnung gekommen, die einen über drei Stunden dauernden herzchirurgischen Eingriff im Thorax erforderlich machte. Damit wäre auch der dreiwöchige Krankenhausaufenthalt im Universitätsklinikum C ebenso wenig erforderlich geworden wie der sechswöchige Anschlusskrankenhausaufenthalt im Krankenhaus der Beklagten. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass die Behandlungsfehler mitursächlich für diese Schadensausdehnung geworden seien. Hätte man ab dem 14.03.2007 mit einer effizienten Wundtoilette und ab dem 16.03.2007 flankierend hierzu mit einer antibiotischen Behandlung begonnen, hätte dies auch zur wirksamen Bekämpfung der Infektion führen können. Bei rechtzeitigem ordnungsgemäßem Handeln wäre maximal ein Wunddebridement am Thorax durchgeführt worden. Jedenfalls könne man dies nicht ausschließen. 22

Die **Klägerin** beantragt, 23

unter Abänderung des Urteils des Landgerichts Bochum vom 28.01.2015, die Beklagte zu verurteilen, 24

1. an sie Schadensersatz in Höhe von 14.684,26 € nebst Zinsen in Höhe von 5-Prozerntpunkten über dem Basiszinssatz gemäß § 247 BGB ab dem 19.05.2011 sowie aus einem Betrag in Höhe von 144,52 € ab Klagezustellung zu zahlen; 25

2. an sie einen Betrag in Höhe von 1.034,11 € nebst Zinsen in Höhe von 5-Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gemäß § 247 BGB ab Klagezustellung zu zahlen. 26

Die **Beklagte** beantragt, 27

die Berufung zurückzuweisen. 28

Die **Beklagte** verteidigt die angefochtene Entscheidung. Hinsichtlich des monierten nicht durchgeführten MRSA-Screening bei stationärer Aufnahme vom 06.03.2007 sei erneut darauf zu verweisen, dass dieses seinerzeit lediglich fakultativ empfohlen worden sei, weshalb sich eine zwingende Indikation zur Abstrichentnahme nicht erschließe. Nachdem ausweislich des chirurgischen Konsils vom 14.03.2007 gerade keine Sekretion bestanden habe, sei es aus ex 29

ante Sicht zumindest vertretbar gewesen, erst aufgrund der sich zeigenden Befundlage am 18.03.2007 einen Abstrich durchgeführt zu haben. Aufgrund des Wundbildes vom 15.03.2007 sei eine spezifische bakterielle Infektion nicht anzunehmen und ein vorzeitiger Abstrich somit medizinisch nicht zwingend indiziert. Selbst bei Annahme einer Beweislastumkehr sei der Gegenbeweis gelungen, dass der Kausalzusammenhang gänzlich unwahrscheinlich sei.

Die Sachverständigen Prof. Dr. T und Dr. L haben ihr Gutachten mündlich erläutert und ergänzt. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 28.10.2016 verwiesen. 30

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. 31

II. 32

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber nicht begründet. 33

Im Ergebnis zu Recht hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Der Klägerin steht als gesetzlicher Krankenversicherung aus übergegangenem Recht ihrer Versicherten X C gemäß § 116 Abs. 1 SGB X kein Schadensersatzanspruch gegen die Beklagte zu. 34

Der Senat stützt sich aus den nachfolgenden Gründen auf die erstinstanzliche Begutachtung durch die gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. T und Dr. Dr. L sowie ihre umfassenden Ausführungen bei ihrer Anhörung vor dem Senat. Die Sachverständigen haben sich bereits erstinstanzlich dezidiert mit den vorhandenen Krankenunterlagen und dem zu begutachtenden Sachverhalt auseinandergesetzt. Sie haben auch im Rahmen ihrer Anhörung durch den Senat ihre Feststellungen und fachlichen Beurteilungen unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde und der einschlägigen Literatur überzeugend vertreten. 35

1. 36

Nach den auf ein internistisch/kardiologisches Gutachten (Prof. Dr. T) sowie ein krankenhaushygienisches Gutachten (Dr. Dr. L) gestützten Feststellungen des Landgerichts sind der Beklagten im streitgegenständlichen Behandlungszeitraum vom 06.03. bis zum 20.03.2007 insgesamt drei Behandlungsfehler zur Last zu legen. 37

a) Der Beklagten ist nach zwischenzeitlicher Verlegung ins Krankenhaus C ein Befunderhebungsfehler im Rahmen der Wiederaufnahme der Patientin am 06.03.2007 zur Last zu legen. Es hätte nach Angabe des Sachverständigen Dr. Dr. L eindeutig bereits bei Wiederaufnahme am 06.03.2007 ein MRSA-Screening durchgeführt werden müssen, da zu diesem Zeitpunkt feststand, dass die Versicherte bereits zuvor im Jahr 2006 MRSA-Trägerin gewesen ist. 38

Soweit die Beklagte im Berufungsverfahren weiterhin einen Fehler in Abrede stellt und darauf verweist, dieses Screening sei seinerzeit lediglich fakultativ empfohlen worden, weshalb sich eine zwingende Indikation zur Abstrichentnahme nicht erschließe, hat der Sachverständige Dr. Dr. L bereits erstinstanzlich dargelegt, dass die einschlägige Richtlinie der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) aus dem Jahr 1999 beinhaltete, dass bei Wiederaufnahme von Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese ein Screening durchgeführt werden sollte. Ein Screening auf MRSA ist nach seinen Angaben erforderlich gewesen, da nicht mindestens drei Befunde vorgelegen haben, die eine erfolgreiche 39

Dekolonisation belegen. Der zuvor im C einmalig vorgenommene negative MRSA-Abstrich im Nasenbereich vom 27.02.2007 ändert hieran nichts, da dieser nicht sensitiv genug gewesen ist, um daraus schließen zu können, dass keine dauerhafte Besiedelung mehr vorliegt. Der Sachverständige hat im Senatstermin nochmals bestätigt, dass es sich bei den KRINKO-Empfehlungen um verbindliche Richtlinien handelt, die zum Zeitpunkt der Behandlung im Jahr 2007 auch dem allgemeinen medizinischen Standard entsprachen. Der Sachverständige Prof. T hat sich der Auffassung des Sachverständigen Dr. Dr. L im Senatstermin angeschlossen.

Ein Screening auch des Wundbereichs musste danach aus krankenhaushygienischer Sicht zwingend erfolgen. Demgegenüber stellte die zu diesem Zeitpunkt vorliegende reine Wundheilungsstörung ohne Infektionszeichen aus ärztlicher Sicht noch keine zwingende Indikation für eine mikrobiologische Diagnostik dar (vgl. Gutachten Prof. T 11, Bl. 188 d.A.) und Gutachten Dr. Dr. L S. 7, Bl. 256 d.A.). 40

Bei sachgerechter Abstrichnahme wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 06.03.2007 im Nasen- und Rachenraum eine Keimbesiedelung mit MRSA festgestellt worden, die antiseptisch hätte behandelt werden müssen. Im Bereich der Sternumwunde wäre bei entsprechender Abstrichnahme am 06.03.2007 aber noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Keimbesiedlung festgestellt worden. 41

Es ist gleichsam möglich, dass der Keim während der Operation im C eingebracht wurde und sich am 06.03. noch unter der Sternumwunde befand. Beide Sachverständige haben auch im Senatstermin eine Prognose für vollkommen spekulativ gehalten. Eine Antibiose war zu diesem Zeitpunkt nicht erforderlich. Etwaige antiseptische Behandlungen im Wundbereich hätten nach Angabe des Sachverständigen Dr. Dr. L nicht zu einer Keimfreiheit geführt (vgl. Protokoll S. 3, Bl. 294). 42

b) Ein weiterer Befunderhebungsfehler ist darin zu sehen, dass trotz nachgewiesener Wundinfektion am 14.03.2007 kein Wundabstrich vorgenommen worden ist. Insoweit sind beide Sachverständige in ihrer Bewertung übereinstimmend zu dem Ergebnis gelangt, dass spätestens am 14.03.2007 bei dokumentiertem Vorliegen lokaler Entzündungszeichen eine Entnahme von Wundabstrichen hätte angestrengt werden müssen. Es ist nach Angabe beider Sachverständiger medizinisch unverständlich, warum die Beklagte auf den Befund vom 14.03.2007 (vermehrte Sekretion, Wunde am Sternum deutlich gerötet) nicht mit einem Wundabstrich reagiert hat. Selbst wenn – wie die Beklagte anführt – ausweislich des chirurgischen Konsils vom 15.03.2007 keine Sekretion (mehr) bestanden haben sollte, war nach den übereinstimmenden Angaben beider Sachverständiger ein Wundabstrich aus medizinischer Sicht zwingend erforderlich. 43

Soweit der Sachverständige Prof. T abweichend von Dr. Dr. L, der das Unterlassen eines Wundabstrichs aus mikrobiologischer Sicht als grob fehlerhaft angesehen hat, hierin aus chirurgischer Sicht nur einen einfachen Fehler gesehen hat, bedarf es keiner abschließenden Entscheidung des Senats. Der Wundabstrich vom 14.03.2007 hätte nach Angabe des Sachverständigen Dr. Dr. L mit „sehr großer Wahrscheinlichkeit“ (vgl. Protokoll S. 4, Bl. 293r d.A.) eine Infizierung im Bereich des Sternums ergeben, so dass ab dem 16.03.2007 eine gezielte Antibiotikatherapie hätte beginnen müssen. Eine Nichtreaktion auf den MRSA-Befund wäre aber nach den übereinstimmenden Angaben beider Sachverständiger in jedem Falle grob fehlerhaft gewesen. 44

c) Ein weiterer - grober - Behandlungsfehler ist nach den zutreffenden erstinstanzlichen Feststellungen darin zu sehen, dass selbst nach dem Vorliegen des Ergebnisses der 45

Wundabstriche vom 18. und 19.03.2007 nicht umgehend mit einer Antibiotikatherapie begonnen worden ist, sondern die Versicherte noch in die Anschlussheilbehandlung verlegt worden ist.

Der Nachweis der bestehenden MRSA-Infektion stand am 20.03./21.03.2007 fest. Zu diesem Zeitpunkt lagen auch deutliche lokale Infektzeichen vor. In Kenntnis des MRSA-Nachweises hätte nach Angabe des Sachverständigen Prof. T keine Verlegung in die Anschlussheilbehandlung erfolgen sollen. In jedem Falle hätte unmittelbar nach Kenntnisnahme der mikrobiologischen Untersuchungsergebnisse eine Antibiotikamedikation erfolgen müssen. Entsprechend haben es beide Sachverständige übereinstimmend für vollkommen unverständlich gehalten, dass nach dem Ergebnis der Wundabstriche nicht umgehend die erforderliche Antibiotikatherapie begonnen, sondern die Versicherte in die Anschlussheilbehandlung verlegt worden ist. Selbst wenn die mikrobiologischen Befunde erst nach Verlegung der Patientin in die Anschlussheilbehandlung eingegangen sein sollten, wäre es nach den ergänzenden Ausführungen beider Sachverständiger im Senatstermin grob fehlerhaft gewesen, die Klinik nicht zu informieren. 46

2. 47

Trotz Vorliegens dreier, teil grober Behandlungs- und Befunderhebungsfehler scheitert eine Haftung der Beklagten im Streitfall daran, dass der Klägerin hieraus kein Schaden entstanden ist. 48

a) Dabei scheidet eine Haftung der Beklagten entgegen der Auffassung des Landgerichts nicht bereits deshalb aus, weil ein Kausalzusammenhang zwischen den Behandlungsfehlern und den klägerseits geltend gemachten Schäden als gänzlich unwahrscheinlich angesehen werden muss. 49

Die MRSA-Infektion der Versicherten ist als schicksalhaft anzusehen. Der Primärschaden ist danach der gesundheitliche Zustand der Versicherten, der sich daraus ergibt, dass die erforderliche antibiotische Behandlung verspätet erfolgt ist. 50

Die Versäumnisse der Beklagten waren nach übereinstimmenden Angaben beider Sachverständiger grundsätzlich geeignet, den nachfolgenden schwerwiegenden Verlauf bei der Versicherten herbeizuführen. 51

Der Klägerin kommt im Streitfall wegen der beiden letztgenannten Fehler zunächst eine Beweislastumkehr zugute. Allerdings kann in Ausnahmefällen trotz genereller Eignung des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Primärschaden der Beweislastumkehr entgegenstehen, dass aufgrund konkreter Umstände der Eintritt des Primärschadens äußerst unwahrscheinlich ist. Dabei ist eine Beweisbelastung der Behandlerseite erst dann nicht mehr gerechtfertigt, wenn auch eine bloße Mitursächlichkeit des groben Fehlers für den eingetretenen Schaden äußerst unwahrscheinlich ist (vgl. BGH Urt. v. 01.10.1996 – VI ZR 10/96, VersR 1997,362; BGH Urt. v. 13.09.2011 – VI ZR 144/10, VersR 2011, 1400). 52

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte vermag der Senat nach der ergänzenden Beweisaufnahme keinen Ausschluss des Kausalzusammenhangs festzustellen. 53

Nachdem ausweislich der Behandlungsunterlagen in der Anschlussheilbehandlung ab dem 23.03. eine Antibiose mit Ciprobay erfolgt ist, die am 28.03. durch das Medikament Gentamycin ergänzt worden ist (vgl. Anlage K 6., S. 9, Bl. 30 d.A.), ist ausgehend von einer ab dem 16.03. erforderlichen Antibiose bereits von einer Behandlungsverzögerung von 1 54

Woche auszugehen. Hinzu kommt, dass auch diese nicht zielgerichtete Antibiose nach den übereinstimmenden Angaben beider Sachverständiger unzureichend zur Behandlung der MRSA-Infektion gewesen ist, so dass tatsächlich eine medizinisch adäquate Behandlung der Patientin erst ab dem 29.03.2007 im Klinikum C erfolgt ist.

Der Sachverständige Dr. Dr. L hat im Senatstermin nochmals bestätigt, dass sich die verspätete sachgerechte Reaktion sicherlich negativ ausgewirkt hat, wobei er nicht anzugeben vermochte, in welchem Umfang der Verlauf der Infektion durch die 13 tägige Verzögerung negativ beeinflusst worden ist. Nach seiner klinischen Erfahrung wäre zu 95 von 100 % die Sternumoperation gleichwohl notwendig gewesen. Eine rein konservative Behandlung reicht nach seinen Angaben in den allerseltensten Fällen aus. Gleichwohl stellt es kein medizinisches Wunder dar, dass eine solche Behandlung erfolgreich sein könnte. Der Sachverständige Prof. T hat sich dem weitgehend angeschlossen. Nach seinen Angaben hätte bei rechtzeitiger Reaktion ab dem 16.03.2007 für eine konventionelle Therapie eine Erfolgschancen von 20 % bestanden, während für die Notwendigkeit einer Operation eine Wahrscheinlichkeit von 80 % bestanden hätte. 55

Danach ist es nicht vollkommen unwahrscheinlich, dass der Patientin bei rechtzeitiger Vornahme einer zielgerichteten Antibiotikatherapie eine operative Wundrevision in Form der Sternumoperation erspart geblieben wäre. 56

b) Gleichwohl scheitern Schadensersatzansprüche der Klägerin im Streitfall daran, dass ihr hieraus kein Schaden erwachsen ist, weil die alternativ sicher angefallenen Kosten einer stationär vorzunehmenden Antibiotikatherapie die geltend gemachten Kosten in jedem Falle überstiegen hätten. 57

Beide Sachverständige haben übereinstimmend dargelegt, dass auch im Rahmen einer rein medikamentösen Therapie eine sechswöchige stationäre Behandlung der Patientin erforderlich gewesen wäre. Dabei war seinerzeit bereits eine Tagesdosis des anzuwendenden speziellen Antibiotikums, welches der Patientin auch im Klinikum C verabreicht worden ist, mit 250,00 € anzusetzen. Neben den reinen Medikamentenkosten von bereits 10.500,00 € wären noch die Kosten des stationären Aufenthalts und die übrigen Behandlungskosten angefallen. Selbst wenn man den Tagessatz für die stationäre Behandlung nur mit 100,00 € ansetzen würde, würde dies den geltend gemachten Schadensersatzbetrag bereits übersteigen. Dabei haben beide Sachverständige sogar einen Tagessatz von bis zu 400,00 € als realistisch angesehen. Angesichts des für die Patientin bestehenden hohen Risikos wäre im Streitfall nach Angabe der Sachverständigen auch keine ambulante Behandlung der Patientin in Betracht gekommen. 58

III. 59

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO. 60

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr.10, 711 ZPO. 61

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. 62

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE