
Datum: 31.01.2020
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 47/19
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2020:0131.26U47.19.00

Vorinstanz: Landgericht Bielefeld, 4 O 346/14
Schlagworte: Kortisoninjektion in das Kniegelenk
Normen: BGB §§ 280 I, 823

Leitsätze:

Eine zweite Kortisoninjektion muss nicht zwingend als behandlungsfehlerhaft gewertet werden, auch wenn die zeitliche Soll-Vorgabe des Medikamentenherstellers nicht eingehalten wird.

Dabei muss der Arzt eine Abwägung zwischen dem erhöhten Infektionsrisiko und der Beschwerdelinderung vornehmen. Vor einer solchen Behandlung muss der Patient auf die gesteigerten Risiken hingewiesen werden.

Bei mangelnder Aufklärung trägt der Patient die Beweislast dafür, dass die Kniegelenksinfektion durch die konkrete Injektion verursacht worden ist.

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 15. Februar 2019 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufungsinstanz werden dem Kläger auferlegt.

Das angefochtene Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn

nicht der Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

Der Kläger nimmt den Beklagten wegen einer vermeintlich fehlerhaften ärztlichen Behandlung im Jahr 2012 auf Schmerzensgeld (mind. 50.000,00 €), Schadensersatz (124.836,56 €) und Feststellung zukünftiger Ersatzpflicht in Anspruch.

Bei dem am ##.04.1945 geborenen Kläger wurde wegen seit Mitte 2011 bestehenden Kniebeschwerden rechts durch den Orthopäden Dr. F in der Zeit vom 26.08.2011 bis 30.03.2012 eine konservative Therapie u.a. mit zehn intraartikulären Injektionen mit Hyaluronsäure, Carbostesin und Triamcinolon 40 mg durchgeführt.

Am 08.12.2011 suchte der Kläger mit dem Ergebnis einer vorangegangenen MRT-Untersuchung erstmals die Praxis des Beklagten, eines niedergelassenen Orthopäden, auf, um sich eine Zweitmeinung einzuholen. Der Beklagte diagnostizierte eine Gonarthrose vierten Grades rechts im Bereich des Knieinnenspaltes. Der Beklagte erörterte mit dem Kläger sodann verschiedene Therapiemöglichkeiten und wies insb. auf die Möglichkeit einer Knieteilgelenksendoprothese hin. Der Kläger stand zu diesem Zeitpunkt einem operativen Eingriff jedoch zurückhaltend gegenüber.

Nachdem der Kläger seine letzten Injektionen von Dr. F erhalten hatte, stellte er sich am 14.05.2012 mit zunehmenden Schmerzen und einer Schwellung im rechten Kniegelenk erneut in der Praxis des Beklagten vor. Der Beklagte diagnostizierte einen Erguss, eine Baker-Zyste und einen Unterschenkelstau bei einer weiterhin bestehenden Gonarthrose und empfahl erneut eine Knieteilgelenksendoprothese. Noch am selben Tag verabreichte der Beklagte dem Kläger eine intraartikuläre Injektion mit Triamcinolon 40 mg (Triamhexal 40) in das rechte Kniegelenk. Am 23.05.2012 erfolgte eine weitere Injektion des Kortisonpräparats in das rechte Kniegelenk. Am 11.06.2012 empfahl der Beklagte bei einer Kontrolluntersuchung eine Radiosynoviothese und überwies den Kläger an einen Radiologen. Eine weitere Vorstellung des Klägers in der Praxis des Beklagten erfolgte nicht.

Wegen anhaltender Beschwerden wurde dem Kläger sodann am 14.06.2012 im Facharztzentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie in C durch Dr. F2 eine intraartikuläre Injektion mit einem kortisonhaltigen Präparat in den Trochanter Major verabreicht. Eine am 19.06.2012 durchgeführte Punktion ergab den Nachweis eines massiven Kniegelenkempyems und nach Anreicherung über längere Zeit einen Befall mit dem Keim *Propionibacterium acnes* (vgl. Anl. B2, Bl. 39 d.A.). Darauf begab sich der Kläger am 05.07.2012 zur stationären Aufnahme in das Krankenhaus C. Noch am gleichen Abend erfolgte eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks mit Spülung und Synovektomie. Im weiteren Verlauf erfolgte am 07.07.2012 und 10.07.2012 eine Rearthroskopie mit entsprechender Spülung und Debridement. Am 16.07.2012 wurde der Kläger entlassen.

Die Beschwerden des Klägers zogen sich in der Folgezeit hin. In der Zeit vom 23.10.2012 bis 02.11.2012 befand sich der Kläger zum Zwecke der Implantation einer Totalknieprothese in stationärer Behandlung in der F3-Klinik I. Am 25.10.2012 erfolgten dort eine Arthrotomie und

eine Probeexzision. Aufgrund einer bakteriellen Infektion des rechten Kniegelenks wurde der Eingriff intraoperativ abgebrochen und der Implantationstermin verschoben (vgl. OP-Bericht v. 25.10.2012, Bl. 155 d.A. und histologische Begutachtung v. 06.11.2012, Bl. 157 d.A.).

Nachdem sich die Beschwerdesymptomatik des Klägers weiter verstärkte und zwischenzeitlich vom 08.11. bis 06.12.2012 eine Schmerztherapie mit Oralanalgetika bis hin zu Opiaten im Krankenhaus M erfolgte, stellte sich der Kläger am 07.12.2012 zum zweiten Mal zur stationären Behandlung in der F3-Klinik I vor. Am 12.12.2012 erfolgte dort die Implantation einer Rotationsknieendoprothese unter kalkulierter Antibiose (vgl. OP-Bericht v. 12.12.2012, Bl. 158 d.A.). Am 20.12.2012 wurde der Kläger entlassen. Es schloss sich eine stationäre Rehabilitationsbehandlung vom 20.12.2012 bis 24.01.2013 in der Klinik M in C an.

9

Zuletzt befand sich der Kläger vom 29.01. bis 03.02.2016 wegen eines präpatellaren Abszesses im Bereich des rechten Kniegelenks im M2 Krankenhaus in C. Dort erfolgten eine Punktion des rechten Kniegelenks sowie eine Exzision des Abszesses mit Debridement.

10

Der Kläger hat dem Beklagten Aufklärungs- und Behandlungsfehler vorgeworfen. Die Kortisoninjektionen seien aufgrund seinerzeit lediglich moderater Kniebeschwerden kontraindiziert gewesen. Erst recht sei angesichts der Herstellervorgaben einer Wartezeit von drei bis vier Wochen die enge zeitliche Abfolge von neun Tagen kontraindiziert gewesen. Im Übrigen habe der Beklagte die hygienischen Anforderungen bei den Injektionen nicht eingehalten. Durch die beiden Injektionen sei es zu einer deutlichen Verschlechterung des Zustands des Kniegelenks mit einer Knorpelzerstörung und der Ausbildung eines Kniegelenkempyems gekommen. Auch hätten die Injektionen zu einem Dauerschaden in Form von Bewegungseinschränkungen und letztlich zum Einsatz der Endoprothese geführt. Der Beklagte habe auch nicht auf das hohe Infektionsrisiko hingewiesen und vor der zweiten Injektion nicht darüber aufgeklärt, dass es sich um einen off-label-use mit besonderen Risiken handele. Auch eine Aufklärung über die hohe Misserfolgsquote sei nicht erfolgt.

11

Der Beklagte hat behauptet, die Injektionen seien lege artis unter Beachtung der erforderlichen Hygiene erfolgt. Der Kläger habe am 14.05.2012 eine Operation abgelehnt und sich zur vorübergehenden Linderung seiner Beschwerden eine Fortsetzung der Injektionstherapie ausdrücklich gewünscht. Hierbei habe er auf eine erneute Aufklärung verzichtet, da ihm Therapie und Risiken aufgrund der Behandlung durch Dr. F bekannt gewesen seien. Desweiteren stünde ein Kausalzusammenhang zwischen der Behandlung des Beklagten und der Infektion des Klägers nicht fest. Sämtliche Injektionen, Punktionen und Spülungen von Vor- und Nachbehandlern seien eine geeignete Infektionsursache.

12

Das **Landgericht** hat die Klage gestützt auf ein orthopädisches sowie mikrobiologisches Gutachten abgewiesen. Die Frage nach Behandlungsfehlern und einer ordnungsgemäßen Aufklärung könne letztlich dahinstehen. Der Kläger habe nicht bewiesen, dass die vorgetragenen Gesundheitsschäden kausal auf die Behandlung des Beklagten zurückzuführen seien. Die Injektion des Kortisonpräparats am 14.05.2012 sei nicht kontraindiziert gewesen. Wahl und Dosierung des Medikaments seien korrekt erfolgt. Allerdings stelle die Injektion der Kortisonpräparate in der engen zeitlichen Abfolge von neun Tagen einen off-label-use dar und sei möglicherweise behandlungsfehlerhaft gewesen. Eine Einschätzung, ob die Gelenksinfektion tatsächlich auf die am 14.05. und 23.05.2012 durchgeführten Injektionen zurückzuführen sei, sei aber nach Angabe des orthopädischen Sachverständigen kaum möglich. Der Keim könne auch durch die vorangegangene Injektionstherapie des Dr. F eingebracht worden sein. Auch nach Einschätzung des mikrobiologischen Sachverständigen könne die bei Dr. F durchgeführte Injektionstherapie nicht mit hinreichender Sicherheit als Infektionsursache ausgeschlossen werden. Es sei auch

13

nicht gesichert, dass der nachgewiesene Hautkeim *Propionibacterium Acnes* die spätere Infektion verursacht habe.

Hiergegen richtet sich die Berufung des **Klägers**, der sein erstinstanzliches Begehren vollumfänglich weiter verfolgt. Das Landgericht habe fehlerhaft nicht die Feststellung getroffen, dass die Behandlung des Beklagten fehlerhaft gewesen sei. Der orthopädische Sachverständige habe die erneute Kortisoninjektion nach neun Tagen als fehlerhaft gewertet, wenn der Beklagte den off-label-use nicht explizit aufgeklärt und dokumentiert habe. Der Beklagte habe eine dahingehende therapeutische Aufklärung nicht einmal vorgetragen. In der zweimaligen Injektion innerhalb der kurzen Zeitspanne sowie dem Verstoß gegen die Pflicht zur therapeutischen Sicherungsaufklärung liege ein grober Behandlungsfehler. Zudem sei der Primärschaden bereits in der Durchführung der auf den Aufklärungsmangel folgenden Injektion zu sehen. Der gesamte weitere Verlauf betreffe dann den Sekundärschaden mit dem geringeren Beweismaß nach § 287 ZPO. Insoweit hätten beide Sachverständige bereits erstinstanzlich bestätigt, dass die beiden Injektionen durch den Beklagten die wahrscheinlichste Ursache für die Infektion des Kniegelenks gewesen seien. Im Übrigen sei nach wie vor davon auszugehen, dass angesichts des Verdachts auf einen niedriggradigen Infekt von vornherein eine Kontraindikation für die beiden Injektionen bestanden habe. Insoweit sei auch die Anamnese des Beklagten, hinsichtlich der Vorbehandlung bei Dr. F völlig unzureichend gewesen. Anstelle der ohne jede Ausschlussdiagnostik durchgeführten Kortisoninjektionen hätte der Verdacht auf einen geringgradigen Infekt durch eine Punktion ausgeschlossen werden müssen. Es handele sich dabei um einen groben Behandlungsfehler des Beklagten. Fehlerhaft sei auch die Frage nach einem Aufklärungsversäumnis unbeantwortet geblieben. Insbesondere die in der wiederholten Injektion des Corticoids innerhalb einer kurzen Zeitspanne liegende Risikoerhöhung sei aufklärungspflichtig gewesen. Soweit insbesondere die zweite Injektion mangels ordnungsgemäßer Risikoaufklärung rechtswidrig gewesen sei, stelle wiederum die Injektion selbst bereits den Primärschaden dar. Der Nachweis des Sekundärschadens sei mit dem geringeren Beweismaß des § 287 ZPO erbracht.

Der **Kläger** beantragt, 15

unter Abänderung des Urteils des Landgerichts Bielefeld vom 15.02.2019 (4 O 346/146), 16

- 1. den Beklagten zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen konkrete Bemessung in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit; 1178
- 2. den Beklagten zu verurteilen, an ihn 124.836,86 € zu zahlen, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit; 19
- 3. festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, ihm sämtliche weitere materielle und immaterielle Schäden zu ersetzen, welche diesem aus der fehlerhaften Behandlung im Mai 2012 entstanden sind und/oder noch entstehen werden; immaterielle Schäden dabei nur insoweit, als sie derzeit noch nicht konkret vorhersehbar sind; materielle Schäden, soweit die hierauf gerichteten Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden; 20

Der **Beklagte** beantragt, 21

die Berufung zurückzuweisen.	22
Der Beklagte verteidigt die angefochtene Entscheidung. Es liege keine fehlerhafte Behandlung und kein Off-Label-Use vor. Das Medikament sei ausdrücklich für die Behandlung von intraartikulären Injektionen zugelassen. Die zweimalige Injektion mit „Triam“ 40 mg sei nicht zu beanstanden. Das Injektionsintervall sei üblich und habe auch den zuvor durch Dr. F vorgenommenen Kortisoninjektionen entsprochen. Eine Kontraindikation habe insoweit nicht bestanden. Dabei erfolge die Empfehlung des Herstellers allein deshalb, weil eine erneute Injektion negative Auswirkungen auf einen intakten Knorpel (Erweichung) im Knie haben könne. Dieses Risiko habe sich jedoch nicht verwirklicht. Es habe sich mit der Infektion mit einem überall vorkommenden Hautkeim eben kein spezifisches Risiko verwirklicht. Es habe insoweit insbesondere kein Fall der therapeutischen Sicherungsaufklärung vorgelegen. Es bleibe dabei, dass der Kläger weder den Nachweis für einen Primär- noch einen Sekundärschaden erbracht habe. Es habe weiter zu keinem Zeitpunkt der Vorstellungen des Klägers der Verdacht auf eine Low-Grade Infektion vorgelegen. Aufklärungsversäumnisse lägen nicht vor. Dem Kläger sei das Infektionsrisiko bekannt gewesen, so dass er auf eine erneute Aufklärung verzichtet habe. Der Kläger sei auch damit einverstanden gewesen, dass die vorherige Triam-Injektion bei Dr. F in einem Intervall unterhalb von drei Wochen erfolgt sei.	23
Der Senat hat den Kläger und den Beklagte erneut persönlich angehört. Ferner haben die Sachverständigen Prof. Dr. L und Prof. Dr. Dr. C2 ihre Gutachten mündlich erläutert und ergänzt. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 31.01.2020 und den Berichterstattevermerk vom selben Tag verwiesen.	24
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.	25
II.	26
Die Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet.	27
Zu Recht hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Die von dem Kläger geltend gemachten Ansprüche auf Schmerzensgeldzahlung, Schadensersatz und Feststellung zukünftiger Ersatzpflicht stehen ihm nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu.	28
Es kommen weder vertragliche Ansprüche des Klägers aus dem Behandlungsvertrag gemäß §§ 611, 280 Abs. 1, 249, 253 Abs. 2 BGB gegen den Beklagten in Betracht; noch deliktische Ansprüche gemäß §§ 823 Abs. 1, 249, 253 Abs. 2 BGB.	29
Der Senat stützt sich dabei aus den nachfolgenden Gründen auf die erstinstanzliche Begutachtung durch die gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. L und Prof. Dr. Dr. C2 sowie deren umfassende Ausführungen bei ihrer Anhörung vor dem Senat. Beide Sachverständige 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.	30
	31

Ohne Erfolg legt der Kläger dem Beklagten im Berufungsverfahren weiterhin haftungsrelevante Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse in Zusammenhang mit den beiden am 14.05.2012 und 23.05.2012 erfolgten intraartikulären Injektionen mit Triamhexal 40 in der rechte Kniegelenk des Klägers zu Last.

1. 32

Das Landgericht ist zunächst gestützt auf das orthopädische Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. L zutreffend zu der Bewertung gelangt, das die erstmalige Injektion des Kortisonpräparats vom 14.05.2012 nicht kontraindiziert gewesen ist. 33

Die Verabreichung der Kortisoninjektion stellt nach Angabe des Sachverständigen bei einem fortgeschrittenen Gelenkverschleiß des Knies (Gonarthrose vierten Grades) eine anerkannte Therapiemethode und ein probates Mittel in der konservativen Behandlung dar. Auch die Wahl des genutzten Medikaments (Triamcinolonacetonid) und die angewandte Dosierung von jeweils 40 mg sind medizinisch korrekt erfolgt. 34

Entgegen der Auffassung der Kläger ergab sich vorliegend keine Kontraindikation für die beiden Injektionen aufgrund eines bereits am 14.05.2012 bestehenden konkreten Verdachts auf einen niedriggradigen Infekt (low-grade infection). 35

Der Sachverständige hat insoweit bereits erstinstanzlich ausgeführt, dass es seinerzeit medizinisch nicht geboten gewesen ist, vor der Gelenkinjektion einen etwaigen (low-grade) Infekt auszuschließen. Angesichts des viertgradigen Knorpelverlusts mit einem Erguss und mit Schmerzen durfte der Beklagte von einer aktivierten Arthrose als Ursache des Beschwerdebildes ausgehen. Demgegenüber ist eine vorherige Untersuchung zum Ausschluss eines Infekts nur bei konkreter klinischer Symptomatik wie etwa Rötung, Fieber oder Schüttelfrost geboten. Es kommt hinzu, dass der Ausschluss nur durch eine Punktion möglich ist, die ihrerseits ein Infektionsrisiko bietet. Schließlich gab auch die Vorbehandlung bei Dr. F keine Veranlassung, einen low-grade Infekt auszuschließen. 36

Der Sachverständige hat auch im Rahmen seiner ergänzenden Ausführungen im Senatstermin daran festgehalten, dass es aus ex ante Sicht keinerlei tragfähige Hinweise dafür gegeben hat, dass der Kläger tatsächlich am 14.05.2012 unter einem low-grade Infekt gelitten hat. Vielmehr war ein Verdacht auf einen low-grade Infekt klinisch nicht vorhanden. Ausweislich der Dokumentation haben keine klinischen Symptome vorgelegen, die auf eine Infektion hingewiesen hätten. Es lag dagegen eine aktivierte Arthrose vor, die bildgebend nachgewiesen war. Zudem zeigte sich auch klinisch das typische Bild einer aufgeflamten Arthrose. Bei einem sonst immunkompetenten Mann ohne künstliche Gelenke würde man nach Angabe des Sachverständigen Prof. Dr. L in einer solchen Situation nicht an eine Infektion denken. Demnach war es medizinisch nicht geboten und hätte nicht dem medizinischen Standard entsprochen, vor der Injektion einen etwaigen low-grade Infekt durch eine ihrerseits risikobehaftete Punktion auszuschließen. Vor einer Kniegelenksinjektion erfolgt nicht automatisch eine Abklärung hinsichtlich eines low-grade Infekts. 37

2. 38

Es lässt sich auch nicht feststellen, dass die im Abstand von neun Tagen nachfolgende zweite Injektion vom 23.05.2012 aufgrund eines unzureichenden Zeitabstands zur Erstinjektion kontraindiziert und damit behandlungsfehlerhaft gewesen ist. 39

40

Ausweislich der Herstellerinformation des Medikaments „soll“ eine erneute Injektion frühestens nach drei bis vier Wochen erfolgen. Die Injektion der beiden streitgegenständlichen Kortisonpräparate in der engen zeitlichen Abfolge von neun Tagen stellt danach nach Bewertung des Sachverständigen insoweit einen off-label-use dar, als sich der Beklagte über die „Soll-Vorgabe“ der Herstellerinformation hinweggesetzt hat.

Nach der ergänzenden Befragung des Sachverständigen Prof. Dr. L steht gleichwohl zur Überzeugung des Senats fest, dass die zweite Injektion in der konkreten Situation nicht kontraindiziert gewesen ist.

41

Der Einsatz von Medikamenten im off-label-use ist nicht per se unzulässig. Aufgrund seiner Therapiefreiheit hat der Arzt regelmäßig die freie Wahl hinsichtlich der konkret anzuwendenden Methode. Dies gilt auch für die Entscheidung, welches Medikament er für welche Indikation einsetzt und umfasst grundsätzlich auch den Einsatz eines Medikaments jenseits der vom Hersteller vorgegebenen Indikationen, den sog. Off-label-use. Dieser stellt nicht per se einen Behandlungsfehler dar. Der arzneimittelrechtlichen Zulassung eines Medikaments kommt primär Bedeutung für die Verkehrsfähigkeit zu; es besteht dann eine Vermutung für die Verordnungsfähigkeit in der konkreten Therapie (BGH, NJW 2007, 2767; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 7. Aufl., Rdn. B 9 m.w.N.). Ein off-label-use ist zulässig, wenn er unter sorgfältiger Abwägung der Vor- und Nachteile des für den beabsichtigten Gebrauch nicht zugelassenen Medikaments vertretbar ist und medizinisch-sachlich begründet erscheint (vgl. Martis/Winkhart Arzthaftungsrecht 5. Aufl. Rdn. A 1213c m.w.N.). Entsprechend kann der off-label-use eines Medikaments nur dann als fehlerhaft angesehen werden, wenn die verantwortliche medizinische Abwägung und ein Vergleich der zu erwartenden Vorteile des off-label eingesetzten Medikaments sowie dessen abzusehende oder zu vermutende Nachteile einerseits mit der ggfs. möglichen Behandlung mit einem zugelassenen Medikament andererseits i.S. einer individuellen Kosten-Nutzen-Analyse die Anwendung der off-label verordneten Medikation nicht rechtfertigt (vgl. BGH, NJW 2007, 2767; OLG Hamm Urt. v. 25.02.2015 – 3 U 110/12, juris; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht 7. Aufl., Rn. B 35 m.w.N.)

42

Der Sachverständige hat die zeitliche Karenzzeit zwischen den Injektionen im Streitfall nicht generell beanstandet. Er hat dargelegt, dass die Gebrauchsinformation des Herstellers insoweit kein striktes Verbot einer Injektion vor Ablauf von drei bis vier Wochen enthält. In jedem Falle wird aber durch die kurze Karenzzeit die Schwelle zu einem Infekt abgesenkt und damit das Risiko einer Infektion für den Patienten erhöht. Gleichwohl bestand keine generelle Kontraindikation einer erneuten Injektion bereits am 23.05.2012. Die entzündungshemmende Wirkung von Kortisoninjektionen in das Kniegelenk nimmt mit zunehmender Anzahl von Injektionen ab. Zudem hilft das Medikament in aller Regel sehr gut, so dass seiner Bewertung nach auch bereits nach neun Tagen ein erneuter Versuch zur Beschwerdelinderung unternommen werden kann.

43

Es findet danach eine Abwägung zwischen dem bei kurzfristiger Wiederholung der Injektion erhöhten Infektrisiko auf der einen Seite und der Beschwerdelinderung bei einem konservativ weitgehend austherapierten Patienten auf der anderen Seite statt. Dabei muss in die Abwägung auch mit einbezogen werden, dass der Kläger zu diesem Zeitpunkt die empfohlene prothetische Operation abgelehnt hat und die zuvor bei Dr. F durchgeführte Injektionstherapie offensichtlich nicht die erhoffte Linderung erbracht hatte. Der Sachverständige hat im Hinblick auf die Herstellervorgabe ausgeführt, dass es im klinischen Alltag immer wieder Situationen gibt, in denen sich der Arzt über gewisse Dinge hinwegsetzt, weil dies in der konkreten Situation medizinisch sinnvoll ist. Dabei wird gerade Kortison im

44

Rahmen der ambulanten Versorgung der Patienten in Arztpraxen sehr häufig nach kürzerer Frist verabreicht.

Der Sachverständige Prof. Dr. L hat es ausdrücklich als legitim angesehen, in der klinischen Situation des Klägers angesichts des dokumentierten Beschwerdebildes trotz der Risikoerhöhung über eine zweite Injektion nachzudenken. Bei dem Kläger hatte sich der typische Verlauf einer aktivierten Arthrose eingestellt. Es bestand die Aussicht, durch die Injektionen einen Zustand mehrmonatiger Ruhe bis zur neuerlichen Inflammation zu erreichen und hierdurch eine prothetische Operation weiter hinauszuschieben. Die bei der Erstuntersuchung vom 14.05.2012 dokumentierten Symptome, Erguss, Bakerzyste und Unterschenkelstau sind Ausdruck der akuten Arthrose gewesen. Vor dem Hintergrund des Ergusses gab es nach Angabe des Sachverständigen auch durchaus medizinische Argumente, sich über die Packungsbeilage hinwegzusetzen und bereits nach 9 Tagen eine erneute Kortisoninjektion zu verabreichen. Nachdem der Sachverständige aus medizinischer Sicht nachzuvollziehen vermochte, warum der Beklagte diesen Weg gegangen ist, liegt danach keine Abweichung vom medizinischen Standard vor. 45

3. 46

Eine Haftung des Beklagten ergibt sich auch nicht aufgrund einer Verletzung von Aufklärungspflichten seitens des Beklagten. 47

a) Dem Kläger war zunächst vor der erstmaligen Injektionsbehandlung des Beklagten das allgemeine Risiko intraartikulärer Injektionen ebenso bekannt, wie die spezifischen Risiken einer Kortisoninjektion. 48

Der Kläger hatte bis unmittelbar vor der streitgegenständlichen Behandlung eigenen Angaben nach eine „Behandlungsserie“ bei dem Vorbehandler Dr. F, der ihm nach vorheriger Aufklärung unter Verwendung eines Aufklärungsbogens u.a. auch Injektionen mit dem hier streitgegenständlichen Kortisonpräparat verabreicht hat. Somit war eine neuerliche Grundaufklärung über die intraartikulären Injektionen mit Kortison entbehrlich, weil der Kläger bereits umfassend voraufgeklärt gewesen ist. Vor allem aber ist der Senat überzeugt, dass dem Kläger als Zahnarzt die spezifischen Risiken von Kortison hinreichend bekannt gewesen sind. Auch der Sachverständige Prof. Dr. L hat bestätigt, dass man bei einem Zahnarzt das Wissen über die Risiken einer Kortisoninjektion voraussetzen kann, weil dieses bereits zum allgemeinen universitären Basiswissen jeglicher medizinischen Ausbildung gehört. 49

b) Soweit allerdings ein Aufklärungsmangel dahingehend vorliegt, dass der Beklagte den Kläger vor Vornahme der zweiten Kortisoninjektion vom 23.05.2012 nicht über die mit der Abweichung von der Herstellervorgabe verbundene Risikoerhöhung aufgeklärt hat, hat das Landgericht zutreffend festgestellt, dass eine Haftung des Beklagten daran scheitert, dass ein Kausalzusammenhang zwischen der Injektion und den vorgetragenen Beeinträchtigungen des Klägers nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden kann. 50

aa) Der Beklagte hätte mit dem Kläger vor der zweiten Kortisoninjektion besprechen müssen, dass er von der Herstellervorgabe abweicht und dass dies mit einer Risikoerhöhung verbunden ist. 51

Vor einer solchen Behandlung muss der Patient darauf hingewiesen werden, dass es sich um einen von der Standardbehandlung abweichenden off label use des Medikaments mit möglicherweise gesteigerten Risiken handelt (vgl. Martis/Winkhart Arzthaftungsrecht 5. Aufl. B 34 ff). Auch nach Angabe des Sachverständigen Prof. Dr. L musste der Kläger über die 52

Abweichung von der Herstellervorgabe explizit aufgeklärt werden, was auch entsprechend dokumentiert werden muss. Die Gründe, warum von der Gebrauchsinformation des Herstellers abgewichen wird, sind mit dem Patienten zu besprechen. Sodann ist der Patient über das erhöhte Infektionsrisiko aufzuklären. Rät der Arzt - wie im Streitfall - zu einer kürzeren zeitlichen Abfolge, muss er mit dem Patienten darüber reden, dass in diesem Fall ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht.

Eine solche Aufklärung ist vorliegend unstreitig nicht erfolgt. Der Beklagte hat im Rahmen seiner persönlichen Anhörung lediglich angegeben, er habe um die zwischenzeitlichen Beschwerden des Klägers bis zum angedachten Operationstermin im Winter zu lindern, noch einmal eine Injektion durchgeführt, die der Kläger schon von Dr. F gekannt habe (s. Protokoll v. 30.01.2018, S. 3, Bl. 181 d.A.). 53

Danach liegt auch unter Berücksichtigung der Vorkenntnisse und des beruflichen Sonderwissens des Klägers ein Verstoß des Beklagten gegen die Pflicht zur Eingriffs- und Risikoaufklärung vor. Auch wenn man als behandelnder Arzt nach Angabe des Sachverständigen mit einem Zahnmediziner oder Arzt anders spricht als mit einem normalen Patienten und dem Kläger das Risiko wiederholter Kortisoninjektionen zweifellos bekannt gewesen ist, war hier ein „zumindest leichter“ Hinweis auf die Abweichung von der Packungsbeilage verbunden mit einem Rat zur Wiedervorstellung bei systematischen Infektzeichen unumgänglich. 54

bb) Der Kläger vermochte jedoch den ihm obliegenden Beweis nicht zu erbringen, das die Kniegelenkinfektion und die damit verbundenen Gesundheitsbeeinträchtigungen durch die zweite Kortisoninjektion vom 23.05.2012 verursacht worden ist. 55

Bei dem Kläger ist es im Anschluss an die streitgegenständliche Injektionsbehandlung zu einer Kniegelenkinfektion gekommen, die durch die in der F3-Klinik I genommene Schleimhautbiopsie gesichert ist. 56

Der orthopädische Sachverständige Prof. Dr. L hat diesbezüglich ausgeführt, dass ihm eine Einschätzung zu der Frage, ob die Gelenkinfektion des Klägers tatsächlich auf die am 14.05.2012 und/oder 23.05.2012 durchgeführten Injektionen zurückzuführen ist, kaum möglich ist. Da letztlich jede Gelenkpunktion die Gefahr der Einschleppung eines Hautkeims in das Gelenk in sich birgt, hat auch bei jeder der vorangegangenen zehn Injektionen des Vorbehandlers die Möglichkeit einer Keimverschleppung bestanden. Der Sachverständige hat aus seiner fachlichen Sicht mit hoher Wahrscheinlichkeit lediglich die anschließende Punktion vom 19.06.2012 als Infektionsursache ausgeschlossen. Er vermochte aber die Möglichkeit nicht auszuschließen, dass der Keim durch die zehn zwischen dem 26.08.2011 und 30.03.2012 durch Dr. F vorgenommenen Injektionen eingebracht worden ist. Insoweit hat er auf das sehr langsame Wachstum des Propioni Bakteriums verwiesen und den Umstand, dass nach den Gelenkspülungen in C im Juli 2012 ein anderer Keim auffällig geworden ist. Der Sachverständige hat im Senatstermin hieran festgehalten. Dabei hat er nochmals dargelegt, dass der aufgefundene Keim nicht zu einem fulminanten Verlauf führt und auch nach der zweiten Injektion vom 23.05.2012 zunächst keine fulminante Infektion erfolgt ist. 57

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. C2 hat in seinem mikrobiologischen Gutachten bereits die Diagnose einer Kniegelenksinfektion durch Propioni aknes Bakterien nur als „gut möglich“ nicht aber als medizinisch gesichert angesehen. Gesichert ist danach lediglich eine bakteriell verursachte Gelenksinfektion, nicht aber das verursachende Bakterium. Dabei kann der Hautkeim auch erst durch die Probeentnahme selbst in das untersuchte Punktat gelangt sein. Er kann genauso gut durch eine der Injektionsspritzen eingebracht worden sein, wie durch 58

die Spritze, mit der das Punktat entnommen worden ist. Letztlich gelingt seinen Angaben nach in mehr als 10 % aller Fälle kein klinischer Erregernachweis.

Darüber hinaus ist eine genaue zeitliche Zuordnung der Infektion durch *Propioni aknes* Bakterien zu den verschiedenen Gelenkinjektionen wegen des langen Zeitintervalls zwischen der Injektion mit der Einbringung der Erreger und der Ausprägung einer klinischen Symptomatik nicht mit hinreichender Sicherheit möglich. Es lässt sich aus der medizinischen Literatur nach Angabe des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. C2 kein üblicher Zeitrahmen ableiten, in dem es nach einer Injektion und dem Einbringen des Hautkeims anschließend zu einer Infektion kommt. Es spricht lediglich nach der klinischen Erfahrung des Sachverständigen eine relativ höhere Wahrscheinlichkeit dafür, dass die späteren Injektionen des Beklagten die Infektion verursacht haben. Die konkrete Frage, ob diese Wahrscheinlichkeit über 50 % liegt, vermochte der Sachverständige auf der Grundlage der medizinischen Wissenschaft nicht zu bejahen. Er hat im Senatstermin nochmals bestätigt, dass lediglich sein „Bauchgefühl“ dafür spricht, dass die Infektion durch die beiden späteren Injektionen verursacht worden ist. Dies bleibt seinen Angaben nach aber reine Spekulation.

59

Dabei ist es entgegen der Auffassung des Klägers auch irrelevant, dass bei dem Vorbehandler Dr. F eine erste Punktion vom 24.02.2012 keinen Keimnachweis erbracht hat und die letzten vier Injektionen vor der streitgegenständlichen Behandlung (am 24.02., 19.03., 26.03. und 30.03.2012) sämtlich ohne Kortison erfolgt sind. Nach Angabe des Sachverständigen kann der Hautkeim *Propioni aknes* bei jeder Injektion gleichermaßen in das Gelenk gelangt sein, unabhängig vom Wirkstoff. Bei diesem Bakterium können auch mehr als 100 Tage zwischen der Infektion und dem Auftreten von Symptomen liegen. Geht man von *Propioni aknes* als Erreger aus, kann man daher nicht sagen, wann dieser Keim eingebracht worden ist. Lediglich bei einem anderen Erreger wären die zeitlich nachgelagerten Injektionen des Beklagten die naheliegenste Ursache. Es bleibt somit dabei, dass man sich hier im Bereich der Spekulation bewegt.

60

Steht somit weder der die bakterielle Injektion verursachende Keim noch ein Ursachenzusammenhang zwischen den Injektionen des Beklagten und der späteren Infektion sicher fest, ist der Vollbeweis nach § 286 ZPO nicht geführt.

61

Soweit der Kläger darauf abstellt, dass der Primärschaden bereits in der rechtswidrigen Injektion selbst liege, weshalb für die anschließende Infektion des Kniegelenks als Sekundärschaden nur der erleichterte Beweismaßstab des § 287 ZPO gelte, lässt sich ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen, dass die zweite Kortisoninjektion für die spätere Gelenkinfektion und die vom Kläger behaupteten Schädigungen ursächlich geworden ist. Insoweit ist zunächst zu beachten, dass die erste Injektion vom 14.05.2012 nicht zu beanstanden ist. Dass gerade die zweite Injektion vom 23.05.2012 die Infektion verursacht hat, ist wie soeben dargelegt vollkommen spekulativ.

62

c) Es kann schließlich offen bleiben, ob in der unterlassenen Information über das Abweichen von der Packungsvorgabe und die erhöhten Risiken wie vom Kläger angeführt zusätzlich noch ein als Behandlungsfehler anzusehender Verstoß gegen die Pflicht zur therapeutischen Aufklärung zu sehen ist.

63

Auch insoweit gilt, dass ein Kausalzusammenhang zwischen der Injektion vom 23.05.2012 und den vorgetragenen Beeinträchtigungen des Klägers nicht nachgewiesen ist.

64

Dem Kläger kommt insoweit auch keine Beweislastumkehr unter dem Gesichtspunkt einer Haftung des Arztes für grobe Behandlungsfehler zugute. Der Sachverständige Prof. Dr. L hat

65

ausgeführt, dass man sich bei Vornahme einer erneuten Kortisoninjektion bereits nach neun Tagen in einem medizinischen Graubereich befindet, in dem man mit dem Patienten reden muss. Die Unterlassung der gebotenen Aufklärung hätte im klinischen Alltag aber lediglich ein ernsthaftes Gespräch nach sich gezogen. Auch ein Prüfling in der Facharztprüfung, der eine Wiederholung der Kortisoninjektion nach neun Tagen empfiehlt, ohne mit dem Patienten hierüber zu sprechen, wäre nach Angabe des Sachverständigen nicht durchgefallen. Es lässt sich danach aus medizinischer Sicht nicht feststellen, dass die unterlassene Aufklärung aus objektiv ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Dem schließt sich der Senat aus eigener Überzeugung an.

III.	66
Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO.	67
Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.	68
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.	69