
Datum: 31.01.2001
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 214/99
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2001:0131.5U214.99.00

Vorinstanz: Landgericht Bonn, 9 O 497/97

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 23. September 1999 verkündete Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn - 9 O 497/97 - wird zurückgewiesen. Die Kosten des Berufungsverfahrens hat der Kläger zu tragen. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 25.000,- DM abwenden, falls nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leisten. Den Beklagten wird gestattet, eine Sicherheitsleistung auch durch unbefristete, unwiderrufliche, unbedingte selbstschuldnerische Bürgschaft eines in der Bundesrepublik Deutschland als Steuer- oder Zollbürge zugelassenen inländischen Kreditinstituts zu erbringen.

Tatbestand:

1

Der Kläger nimmt die Beklagten im anhängigen Verfahren auf Leistung von Schmerzensgeld und Schadensersatz in Anspruch mit der Begründung, diese hätten durch den Verlust eines Stents anlässlich einer Herzkatheteruntersuchung sowie durch eine schuldhaft verursachte Staphylokokkus aureus-Infektion ärztliche Behandlungsfehler begangen bzw. zu vertreten.

2

Am 28.2.1996 erlitt der damals 55 Jahre alte Kläger einen Herzinfarkt. Bei der Behandlung im St.M.-H. in B. vom 1. bis zum 5.3.1996 wurde eine persistierende Infarktangina diagnostiziert; der Kläger wurde deshalb in die Kliniken der Beklagten zu 1) überwiesen.

3

Dort wurde zunächst am 5.3.1996 eine Ultraschallgefäßuntersuchung und sodann am 6.3.1996 eine Koronarangiographie durchgeführt, bei der eine ausgeprägte spiralförmige

4

Dissektion der mittleren Vorderwandarterie am Herzen festgestellt wurde. Es wurde der Versuch unternommen, die Dissektionsstelle mit einem Palmaz-Schatz-Stent zu stabilisieren. Da der Stent aber bereits im Bereich des Hauptstammes festhakte, wurde er wieder zurückgezogen. Hierbei blieb er im Bereich der Aortadescendens hängen und wurde in der Folgezeit nicht mehr aufgefunden. Von wem die vorstehende Untersuchung vorgenommen wurde, ist zwischen den Parteien streitig.

Der Beklagte zu 2) führte noch am selben Tag eine aortokoronare Bypassoperation durch. Am Tag danach entwickelte sich beim Kläger eine plötzliche, akute Ischämie im Bereich des rechten Beins mit einem inkompletten Kompartmentsyndrom. Bei der dadurch veranlassten Operation wurde ein femoro-poplitealer Bypass gelegt und eine Fasziotomie im Bereich der lateralen Schienbeinkante durchgeführt. Danach wurde der Kläger auf die kardiologische Intensivstation und später auf die Überwachungsstation verlegt, wobei zwischen den Parteien streitig ist, ob dies am 11.3. oder schon am 9.3.1996 erfolgte. Der Beklagte zu 3) ist Leiter der Intensivstation, der Beklagte zu 4) Leiter der Überwachungsstation. Am 9.3. fieberte der Kläger auf 39,5 Grad Celsius hoch und zeigte einen Anstieg des C-reaktiven Proteins auf 19,7 mg/dl. Die postoperative Antibiotikatherapie wurde am 9.3. auf die Gabe von Imipenem/Cilastatin und Ciprofloxacin umgestellt. 5

Am 15.3.1996 wurde der Kläger vorübergehend wieder in das St. M.-H. verlegt, wo die antibiotische Therapie fortgesetzt wurde. Dort kam es zu einem Anstieg der Entzündungszeichen und deutlich verschlechterten Wundverhältnissen im Bereich der rechten Leiste. Wegen starker pektangiöser Beschwerden wurde der Kläger am 26.3.1996 in die Kliniken der Beklagten zu 1) zurückverlegt. Hier wurde eine verzögerte Sekundärheilung der Fasziotomie festgestellt. Ein Wundabstrich ergab am 27.3.1996 eine bakterielle Superinfektion der rechten Leiste mit methicillinresistentem Staphylokokkus aureus (MRSA). Dieser Erreger wurde am 29.3.1996 auch im Nasen-Rachen-Raum des Klägers nachgewiesen. Daraufhin wurde die antibiotische Therapie am 28.3. auf eine Kombinationstherapie von Vancomycin und Piperacillin/Tazobactam umgestellt. 6

Wegen einer akuten Gallenblasenentzündung wurde die Gallenblase am 29.4.1996 entfernt; am 15.5.1996 wurde eine arterielle Becken-Bein-Angiographie durchgeführt. Um die Wundverhältnisse zu verbessern, erfolgten am 17. und 20.5.1996 zwei Nekrektomien. Am 12.6.1996 fand eine Hauttransplantation vom rechten Oberschenkel auf den rechten Unterschenkel statt. Im Juli 1996 wurde der Kläger zur Anschlussheilbehandlung in die E. in N./M. entlassen. Dort wurde unter anderem die antibiotische Therapie fortgesetzt. Wegen starker Schmerzen musste der Kläger in M. über vier bis fünf Wochen Morphin nehmen. 7

Am 2.10.1996 wurde der Kläger wieder in die Kliniken der Beklagten zu 1) überwiesen, wo am 25.10.1996 eine Rekonstruktion der Peripher-Gefäße im Bereich der Beckenetape rechts durchgeführt wurde. Nach dieser Operation verbesserte sich die Wundheilung deutlich. Die Weiterbehandlung erfolgte sodann in der orthopädischen Abteilung des St.-P.-Krankenhauses in B.. 8

Zur Zeit bewegt sich der Kläger im Rollstuhl oder mit Krücken. Er klagt über Schmerzen und Taubheitsgefühle im rechten Bein. Den von ihm geführten Schreinerbetrieb musste er schließen. 9

Der Kläger hat die Auffassung vertreten, den Beklagten sei zum einen ein Behandlungsfehler wegen des Misslingens des Einbringens bzw. Entfernens des Stents vorzuwerfen. Insoweit sei auch die präoperative Diagnostik unzureichend gewesen. Die Koronarangiographie mit dem Einbringen des Stents sei vom Beklagten zu 2) vorgenommen worden. 10

Zum anderen begründe die mangelnde Infektionsvorsorge einen Behandlungsfehler. Der Kläger hat dazu behauptet, er habe auf der Überwachungsstation zusammen mit einem bereits infizierten Patienten auf einem Zimmer, nur durch einen Vorhang getrennt, gelegen.	11
Der Kläger hat weiter behauptet, die transplantierte Haut sei aufgrund der Bakterien wieder abgestoßen worden. Die Verlegung nach M. sei falsch gewesen, weil eine wirkungsvolle Rehabilitation aufgrund der fortbestehenden Infektion gar nicht möglich gewesen sei. Im Zeitpunkt der Entlassung nach dort habe noch eine umfängliche Wundheilungsstörung vorgelegen. Im Oktober 1996 hätten die Ärzte der Beklagten, unter anderem der Beklagte zu 2), die Amputation des Beines angekündigt. Dieses habe nur aufgrund der Behandlung im St.P.-Krankenhaus gerettet werden können.	12
Der Kläger hat die Zahlung eines Schmerzensgeldes in einer Größenordnung von 100.000,- DM für angemessen erachtet. An vorprozessualen Kosten für Aktenauszüge, Foto- und Schreibgebühren sei ein Betrag von 235,29 DM angefallen.	13
Der Kläger hat beantragt,	14
1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, das in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst 4 % Zinsen seit dem 3.3.1997; 2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 235,29 DM nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen; 3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn eine monatliche Schmerzensgeldrente in Höhe von bis zu 300,- DM, beginnend mit dem 1.5.1996, jeweils monatlich im voraus zu zahlen; 4. festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche materiellen und immateriellen Schäden aus dem Vorfall im Zeitraum 6.3.1996 bis zum 14.3.1996 in den Kliniken der Beklagten zu 1) zu bezahlen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen.	15
Die Beklagten haben beantragt,	16
die Klage abzuweisen.	17
Sie haben behauptet, die Unmöglichkeit, den Stent einzubringen, habe erst intraoperativ aufgrund der arteriellen Situation festgestellt werden können. Der Verlust des Stents sei nicht auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen. Die Herzkatheteruntersuchung sei auch nicht durch den Beklagten zu 2) erfolgt.	18
Die Staphylokokkus aureus-Infektion habe sich der Kläger im M. zugezogen. Jedenfalls beruhe sie nicht auf unzureichenden hygienischen Maßnahmen der Beklagten. Hierzu haben sie auf die internen Dienstanweisungen verwiesen, die u.a. eine Isolation infizierter Patienten vorsehen. Schließlich sei der Beklagte zu 4) im fraglichen Zeitraum von einem anderen Oberarzt vertreten worden.	19
Das Landgericht hat die Klage nach Einholung eines schriftlichen, in der Verhandlung mündlich ergänzten Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. E. sowie von Zusatzgutachten von Prof. Dr. R. und Prof. Dr. S., auf deren Inhalt sämtlich Bezug genommen wird, abgewiesen.	20
	21

Zur Begründung hat es ausgeführt, zum Schadensersatz verpflichtende Behandlungsfehler der Beklagten seien nicht feststellbar.

Die Koronarintervention am 6.3.1996 sei aufgrund der persistierenden Postinfarkt-Angina indiziert gewesen. Die Punktion der rechten Arteria femoralis sei aufgrund des Ultraschallgefäßuntersuchungsbefundes vom Tage vorher gerechtfertigt gewesen. Auch habe nicht sofort eine Bypassoperation anstelle der Herzkatheteruntersuchung vorgenommen werden müssen, diese sei vielmehr in der gegebenen Situation die Methode der Wahl gewesen, weil sie in der ersten Zeit unmittelbar nach einem Myokartinfarkt einer - demgegenüber sogar riskanteren- Bypassoperation vorzuziehen sei. 22

Insbesondere beruhe auch das Hängenbleiben des Stents und dessen endgültiger Verlust nicht auf einem Behandlungsfehler. Dieser Vorfall stelle vielmehr eine mögliche schicksalhafte Komplikation im Rahmen der Koronarintervention dar. Ebenso stelle ein möglicher Gefäßverschluss der Femoralarterie durch die Koronarintervention eine unvermeidbare mögliche Komplikation dar. 23

Auch das Nichtwiederfinden des Stents stelle keinen Behandlungsfehler dar. 24

Schließlich scheide eine Haftung der Beklagten schon deshalb aus, weil der Kläger den ihn obliegenden Beweis einer kausalen Verursachung von Schäden durch das Zurückbleiben des Stents nicht geführt habe. Es sei nämlich nicht nachweisbar, ob der Gefäßverschluss der Femoralarterie auf den Stent zurückzuführen sei oder ob es sich dabei um eine übliche Komplikation der Herzkatheteruntersuchung handele. 25

Auch hinsichtlich der beim Kläger eingetretenen Staphylokokkus aureus-Infektion sei den Beklagten kein Behandlungsfehler vorzuwerfen. Es komme durchaus eine Selbstinfektion des Klägers in Form einer endogenen postoperativen Wundinfektion in Betracht. Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr lägen nicht vor, weil keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür bestünden, dass der Kläger schuldhaft einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt gewesen sei. 26

Die Infektion sei in der Folgezeit auch sach- und fachgerecht behandelt worden. 27

Gegen dieses ihm am 28.9.1999 zugestellte Urteil richtet sich die am 28.10.1999 eingelegte und nach ausreichender entsprechender Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist am 29.12.1999 begründete Berufung des Klägers. 28

Der Kläger hält an seinem Vorwurf fest, wonach ein fehlerhaft misslungener Versuch des Einbringens eines Palmaz-Schatz-Stents anlässlich der Koronarangiographie am 6.3.1996 vorliege. 29

Ferner macht er weiterhin eine ungenügende Infektionsvorsorge als Auslöser der bei ihm aufgetretenen Infektion mit methicillin-resistenten Staphylokokken aureus (MRSA) verantwortlich. 30

Außerdem rügt er die angeblich fehlerhafte Verlegung in die E. nach M.. 31

Mit seiner Berufungsbegründung rügt der Kläger das vom Landgericht eingeholte Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. E. als voreingenommen und widersprüchlich. Dessen Feststellungen seien ohne Beachtung der konkreten Behandlungssituation erfolgt; der Umstand, dass der Stentverlust beim Zurückziehen erfolgt sei, finde keine besondere Berücksichtigung. Der Kläger behauptet, dass es sich gerade bei dieser Sachlage nicht um 32

eine mögliche Komplikation, wie der Gutachter meine, sondern um einen groben Behandlungsfehler gehandelt habe. Deshalb sei die Einholung eines neuen Gutachtens erforderlich.

Das Gutachten von Prof. E. stehe auch im Widerspruch zum Zusatzgutachten von Prof. S., 33
der den Verschluss der Beinarterie als "in erster Linie durch den Verlust des Stent ausgelöst"
angesehen habe. Stattdessen habe sich der Gutachter Prof. E. für die von Prof. S. daneben
angesprochene andere Möglichkeit einer "normalen Komplikation nach diagnostischer
Korrektur" entschieden. Das mache das Gutachten unverwertbar. Auch sei das angiologische
Gutachten von Prof. R. nicht in gebotenem Maße berücksichtigt worden. Durchaus schon aus
dem OP-Bericht des Beklagten zu 2) hätten sich greifbare Anhaltspunkte für einen
ursächlichen Zusammenhang zwischen dem verlorenen Stent und der nach der Operation
eingetretenen Perfusionsstörung des rechten Beins ergeben, was der Sachverständige hätte
berücksichtigen müssen.

Das Gutachten von Prof. E. sei im übrigen auch insoweit widersprüchlich und unbrauchbar, 34
als im schriftlichen Gutachten festgehalten sei, der Kläger habe sich die Infektion während
seines Aufenthaltes in der U.B. zugezogen, wohingegen der Sachverständige in der
mündlichen Verhandlung anders argumentiert habe.

Der Kläger beantragt, 35

unter Abänderung des Urteils des Land- 36
gerichts Bonn vom 23.9.1999 nach den 37
zuletzt erstinstanzlich gestellten An- 38
trägen zu erkennen, 39
hilfsweise, 40

den Rechtsstreit unter Aufhebung des 41
Urteils des Landgerichts Bonn vom 23.9. 42
1999 zur erneuten Verhandlung und Ent- 43
scheidung an das Landgericht Bonn zurück- 44
zuverweisen. 45

Die Beklagten beantragen, 46

die Berufung des Klägers zurückzuweisen, 47
ihnen als Gläubigern Sicherheitsleistung 48
auch durch unbefristete, unwiderrufliche, 49
unbedingte selbstschuldnerische Bürgschaft 50
eines in der Bundesrepublik Deutschland 51

als Steuer- oder Zollbürge zugelassenen	
inländischen Kreditinstituts zu gestatten.	53
Die Beklagten verteidigen das angefochtene Urteil.	54
Sie verweisen darauf, dass eine Haftung der Beklagten zu 3) und 4) bereits deshalb ausscheide, weil beide als verbeamtete Ärzte tätig geworden seien.	55
Wohl sei es zutreffend, dass im Zeitraum 6. bis 8.3.1996, den der Kläger auf der Intensivstation verbracht habe, dort zwei weitere Patienten gelegen hätten, die mit einem MRSA-Erreger des gleichen Typs, wie er dann beim Kläger festgestellt wurde, kolonisiert gewesen seien. Insofern seien indes alle erforderlichen Hygienemaßnahmen strengstens beachtet worden.	56
Wegen aller weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils sowie den Inhalt der zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst deren Anlagen Bezug genommen.	57
Der Senat hat gemäß den Beweisbeschlüssen vom 12.7. und 14.9.2000 Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen G.N., Prof. Dr. M.E., Dr. L.K., K.D. und R.P.. Wegen des Beweisergebnisses wird auf das Sitzungsprotokoll vom 20.11.2000 verwiesen.	58
E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :	59
Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig; in der Sache ist sie aber nicht begründet.	60
Ansprüche gegen die Beklagten zu 3) und 4) scheiden bereits deshalb aus, weil sich aus den mit Schriftsatz vom 17.5.2000 zu den Akten gereichten Urkunden ergibt, dass beide Beklagte im Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung des Klägers ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines mit dem Land Nordrhein-Westfalen begründeten Beamtenverhältnisses ausübten.	61
Seitens des gesetzlich krankenversicherten Klägers ist ihnen gegenüber keine vertragliche Beziehung zustandegekommen. Eine danach allein in Betracht kommende deliktische Haftung der Beklagten zu 3) und 4) scheitert indes aufgrund der Beamtenstellung der beiden Ärzte am Haftungsprivileg des § 839 Abs. 1 S. 2 BGB.	62
Aber auch gegen die Beklagten zu 1) und 2) bestehen keine begründeten Ansprüche.	63
1.	64
Der Gefäßverschluss der Femoralarterie als Auslöser der vom Kläger geltend gemachten körperlichen Schädigung beruht nicht auf einem den Beklagten zu 1) und 2) anzulastenden Behandlungsfehler, wobei dahinstehen kann, ob der Beklagte zu 2) an dem in Rede stehenden Eingriff überhaupt beteiligt war, oder ob der -ohnehin nicht haftende- Beklagte zu 3) diesen Eingriff durchgeführt hat, wie die Beklagten mit Schriftsatz vom 17.5.2000 vorgetragen haben.	65
Den ihm obliegenden Beweis für einen dem zugrundeliegenden Behandlungsfehler hat der Kläger auch nach Auffassung des Senats nämlich nicht zu führen vermocht. Die Ausführungen in der Berufungsbegründung sind nicht geeignet, die hierzu vom Landgericht	66

getroffenen Feststellungen, die auf einer erschöpfenden und überzeugenden Auswertung der eingeholten Sachverständigengutachten beruhen, zu erschüttern.

Das radiologische Zusatzgutachten von Prof. S. vom 12.3.1999 führt aus: 67

"Der Verschluss der Beinarterie nach Stentanlage ist in erster Linie durch den Verlust des Stent ausgelöst. Bei den jedoch massiven arteriosklerotischen Veränderungen des Patienten ist ein solcher Verschluss auch allein durch die Angiographie möglich und wäre somit eine normale Komplikation nach diagnostischer Korrektur. Dies würde bei entsprechender Aufklärung zu den typischen Komplikationen einer Angiographie gerechnet werden müssen." 68

Bereits aufgrund dieser -im übrigen vom Gutachter im einzelnen ausführlich, nachvollziehbar und in jeder Hinsicht überzeugend begründeten- Feststellungen kann der dem Kläger obliegende Kausalitätsnachweis zwischen Stentverlust (wenn dieser überhaupt behandlungsfehlerhaft bedingt erfolgt wäre, wovon aber, wie noch auszuführen sein wird, gar nicht ausgegangen werden kann) und Schadenseintritt in Form des Verschlusses der Beinarterie ersichtlich nicht als geführt angesehen werden, weil eben durchaus auch eine andere vom Stentverlust völlig unabhängige Ursache, nämlich eine "typische Komplikation nach Angiographie" als Schadensauslöser in Betracht kommt. 69

Dass der Gutachter "in erster Linie" auf den Stentverlust als Auslöser abhebt, genügt für die notwendige sichere Überzeugungsbildung des Senats dahingehend, dass der Stentverlust ursächlich für den eingetretenen Arterienverschluss war, nicht. 70

Soweit Prof. S. vielmehr ausdrücklich daneben einen anderen Schadensauslöser, nämlich eben die typische Komplikation nach Angiographie, in Betracht zieht, wird diese eindeutige Feststellung des Gutachters von der Berufungsbegründung inhaltlich zudem gar nicht angegriffen. 71

Das daneben eingeholte fachinternistisch-angiologische Zusatzgutachten von Prof. R. vom 7.12.1998 führt aus, dass grundsätzlich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem verlorenen Stent und der nach der Bypass-Operation eingetretenen Perfusionsstörung des rechten Beines nicht ausgeschlossen werden könne, er aber umgekehrt auch keinesfalls als bewiesen angesehen werden könne. Die statistische Häufigkeit eines Stentverlustes liege bei 2,1 %; davon habe es bei 382 beobachteten Stentverlusten keine einzige periphere Komplikation gegeben, die deshalb anhand dieser Daten zwar nicht ausgeschlossen werden könne, aber eben keineswegs eine typische oder häufige Komplikation nach Stentverlust darstelle. 72

Auch vor dem Hintergrund dieser auch den Senat vollständig überzeugenden Ausführungen kann der Stentverlust als Ursache des beim Kläger eingetretenen Gefäßverschlusses im rechten Bein nicht als nachgewiesen angesehen werden. 73

Die Feststellungen der beiden vorgenannten Gutachter werden schließlich auch bestätigt durch das Hauptgutachten des Direktors der kardiologischen Abteilung im Zentrum für Innere Medizin des U.E., Prof. E., vom 28.5.1999. Dieser führt aus: 74

"Wie im radiologischen Zusatzgutachten erwähnt, besteht die Möglichkeit, dass beim nachfolgenden Fogarty-Manöver und der Thrombembolktomie der Arteria femoralis der Stent mitentfernt wurde, oder dass sich der Stent im Bereich der kalkdichten Veränderungen verbirgt. Ein Verschluss der Femoralarterie durch den verlorengegangenen Stent ist somit nicht mit Sicherheit auszuschließen." 75

Wie jedoch oben aufgeführt, ist in der Literatur hervorragend belegt, dass ein Verschluss der Femoralarterie sowohl nach diagnostischen Koronarangiographien, als auch nach Koronarinterventionen als Komplikation auftreten kann. In einem wesentlichen Prozentsatz dieser Fälle muss eine operative Versorgung erfolgen.	76
Angeichts der vorbestehenden peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, des fehlenden Nachweises des Stents in den durchgeführten radiologischen Untersuchungen und der Berichte in der Literatur über die fehlende klinische Relevanz von systemisch embolisierten Koronarstents ist eher anzunehmen, dass der Gefäßverschluss bei Herrn Niedeggen als "übliche" Komplikation der Herzkatheteruntersuchung passiert ist und nicht als Folge der Stent-Embolisation."	77
Der dem Kläger obliegende Nachweis eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Stentverlust und Verschluss der Femoralarterie ist danach nicht geführt.	78
Eine Umkehr der Beweislast zu seinen Gunsten käme nur in Betracht, falls der Stentverlust sich als grober Behandlungsfehler erweise. Es kann aber nach dem Ergebnis der in erster Instanz hierzu durchgeführten Beweisaufnahme noch nicht einmal davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei überhaupt um einen Behandlungsfehler handelte. Sämtliche Gutachter haben den Stentverlust vielmehr eindeutig und überzeugend als typische dem Eingriff schicksalhaft innewohnende Komplikation gewertet.	79
Soweit die Berufungsbegründung darauf abheben will, etwas anderes müsse deshalb gelten, weil der Stent "beim Zurückziehen" verlorengegangen sei, geht diese Annahme fehl.	80
Es ist nichts dafür ersichtlich, dass ein Stentverlust "normalerweise" oder auch nur "in erster Linie" in anderen Abschnitten des Eingriffs zu besorgen ist. Vielmehr liegt auf der Hand, dass ein derartiger Verlust sich häufig gerade anlässlich der Situation des erforderlich werdenden "Zurückziehens" ergeben kann und nicht etwa "im Regelfall" nur während des Hereinleitens oder im Moment des Befestigungsversuchs.	81
Dafür, dass der Stent etwa beim Versuch des Wiederherausziehens eigentlich nicht verlorengehen dürfte oder dass in diesem Fall der Verlust doch (oder auch nur mit größerer Wahrscheinlichkeit) auf ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen zurückzuführen sein könnte, ergeben sich nicht die geringsten Anhaltspunkte.	82
Eine entsprechende dem Kläger obliegende Darstellung ist nicht erfolgt.	83
Die konkreten Umstände, unter denen der Stent verloren ging, nämlich anlässlich des Rückholversuchs, nachdem er schon im Bereich des Hauptstamms vor der Dissektionsstelle, deren Stabilisierung erreicht werden sollte, festhakte, ist auch für alle mit der Sache befassten Sachverständigen ganz offensichtlich gewesen und von diesen naturgemäß auch in ihre jeweilige Beurteilung mit einbezogen worden. Der Sachverständige Prof. E., dessen Begutachtung sogar der angefertigte Herzkatheterfilm zugrundelag, schildert die exakten Umstände des Stentverlustes in seinem schriftlichen Gutachten sehr genau. Danach gelang es zwar, den "hakenden" Stent wieder aus dem Koronarostium zurückzuziehen und in die Aorta descendens zurückzuführen. Weiter heisst es im Gutachten:	84
"Hier kann dann aber nur der Ballon auf dem Führungskatheter wieder zurückgezogen werden, während der Stent auf dem Draht verbleibt; der Versuch, über einen zweiten Führungsdraht die LAD antegrad zu erreichen und die Dissektionslamelle zu passieren, gelingt nicht."	85

Auf dieser exakt vorgegebenen Grundlage stellt der Gutachter sodann fest, dass, soweit der Stent "bei einem gewissen Teil der Patienten nicht implantiert und sogar nicht erfolgreich geborgen werden kann mit der Folge einer notfallmäßigen aortokoronaren Bypass-Operation", dies "nicht auf einem fehlerhaften ärztlichen Vorgehen" beruhe, sondern eine "mögliche Komplikation der Intervention" sei. Klarer und auf die konkreten Umstände des Verlusts des Stents bezogener könnten die Feststellungen des Sachverständigen nach Auffassung des Senats kaum sein. Der diesbezügliche Einwand des Klägers ist deshalb nicht stichhaltig. 86

Auch im übrigen rechtfertigen die äußerst umfassenden, sorgfältigen und überzeugend begründeten Ausführungen des Sachverständigen nicht die pauschale Kritik des Klägers in seiner Berufungsbegründung an den getroffenen Feststellungen. 87

Den übereinstimmenden Feststellungen der Sachverständigen lässt sich deshalb auch nach Auffassung des Senats zweifelsfrei entnehmen, dass eine behandlungsfehlerhafte Verursachung des Stentverlustes nicht festgestellt werden kann. Da insbesondere keine Anhaltspunkte für einen groben den Beklagten anzulastenden Behandlungsfehler in diesem Bereich sprechen, muss von einer nicht nachgewiesenen Schadensverursachung ausgegangen werden. 88

Für die vom Kläger begehrte erneute Begutachtung durch einen weiteren Sachverständigen sieht der Senat keinen Anlass mit der Folge, dass auch die hilfsweise Zurückverweisung des Rechtsstreits an das Landgericht nicht in Betracht kommt, nachdem zu diesem Punkt eine abschließende und überzeugende Aufklärung des Sachverhalts bereits erfolgt ist. 89

2. 90

Des weiteren ergibt sich aus der entsprechenden pauschalen Behauptung des Klägers in der Berufungsbegründung auch kein greifbarer Anhaltspunkt dafür, dass die Verlegung des Klägers in die R.-K. M. verfrüht oder kontraindiziert gewesen sein könnte. Auch hinsichtlich dieses Vorwurfs des Klägers haben die überzeugenden gutachterlichen Feststellungen des Sachverständigen nichts die Behauptung des Klägers Stützendes ergeben. 91

Prof. E. hat ausgeführt, dass beim Kläger am Tag der Aufnahme in der E. keine wesentlichen Entzündungszeichen mehr bestanden hätten. Im Vordergrund habe zu diesem Zeitpunkt sicherlich die weitere Rehabilitationsbehandlung des Patienten mittels Mobilisierung und krankengymnastischer Behandlung gestanden, wozu gerade diese Klinik gut geeignet gewesen sei. Ein nachweisbarer Rehabilitationsverlauf sei von dort auch berichtet worden; das erneute Aufflammen der Infektion sei durch eine antibiotische Therapie beherrscht worden; es gebe keinen Anhalt, dass die Überweisung dorthin zum damaligen Zeitpunkt nicht sach- oder fachgerecht gewesen sei oder dass dadurch wertvolle Zeit verlorengegangen sei. 92

Der Senat sieht ebensowenig wie das Landgericht Anlass, diese Feststellungen in Zweifel zu ziehen, zumal der Kläger dagegen auch gar nichts Konkretes mehr eingewandt hat. 93

3. 94

Schließlich kann auch nicht vom Vorliegen eines Behandlungsfehlers hinsichtlich der beim Kläger aufgetretenen Staphylokokkus aureus-Infektion ausgegangen werden, für die zumindest die Beklagte zu 1) einzustehen hätte. 95

96

Nach dem Ergebnis der hierzu vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme kann nicht angenommen werden, dass diese der Beklagten anzulasten ist.

Es ist bereits nicht bewiesen -wenngleich überwiegend wahrscheinlich, was für die notwendige Überzeugungsbildung des Senats gemäß § 286 ZPO allerdings nicht genügt-, dass sich der Kläger überhaupt in der Klinik der Beklagten zu 1) infiziert hat. Dies kann nämlich auch im St. M.-H. geschehen sein, wo sich der Kläger vom 15. bis zum 26.3.1996 aufhielt. Dieses kann den Feststellungen des Sachverständigen Prof. E. in seinem mündlich erstatteten Gutachten zufolge ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, zumal nach dem unwidersprochen gebliebenen Vortrag der Beklagten zum Zeitpunkt des klägerischen Aufenthalts dort ebenfalls, wenn auch auf einer anderen Station, eine mit demselben MRSA-Erregertyp wie der Kläger besiedelte Patientin gelegen haben soll.

97

Auch eine Selbstinfektion des Klägers kann nicht ausgeschlossen werden; Prof. E. hat auch insoweit dargelegt, dass eine endogene postoperative Wundinfektion beim Kläger durchaus denkbar sei.

98

Darüberhinaus kann die vom Kläger behauptete Kausalität zwischen einem Behandlungsfehler der Beklagten und der eingetretenen Infektion auch deshalb nicht als nachgewiesen angesehen werden, weil derartige resistente Bakterien sich auch bei Beachtung aller Hygienevorschriften im Krankenhaus bekanntermaßen nicht vermeiden lassen.

99

Die Voraussetzungen für eine Beweislastumkehr zugunsten des Klägers mit der Folge, dass die Beklagte zu 1) die Nichtursächlichkeit nachweisen müsste, sind nicht gegeben.

100

Sie kommen bei einer Infektion im Krankenhaus nur unter ganz besonderen Umständen in Betracht. Zwar kann sich ein Patient im Einzelfall bei einer im Krankenhaus erlittenen Infektion in einer Situation befinden, die mit der Lage eines Patienten vergleichbar ist, der Opfer eines groben ärztlichen Behandlungsfehlers wurde. Das setzt aber das Vorliegen und die entsprechende Darlegung von Umständen voraus, denen sich entnehmen lässt, dass der Patient schuldhaft einer Infektionsgefahr ausgesetzt wurde, die das Maß des Unvermeidbaren erheblich überschritten hat (vgl. BGH in NJW 1971, 241 (243); OLG Koblenz in NJW 1991, 1553). Die danach erforderliche erhebliche Erhöhung des Infektionsrisikos muss sich auf einen hygienisch beherrschbaren Bereich beziehen (vgl. BGH in VersR 1991, 467 f).

101

Davon kann vorliegend nicht ausgegangen werden.

102

Der Umstand, dass der Kläger den Angaben der Beklagten in der Berufungsinstanz zufolge tatsächlich wohl mit einem bereits mit MRSA-Erregern infizierten Patienten in einem Zimmer gelegen hat, führt nicht zur Annahme eines Verschuldens der Beklagten.

103

Aufgrund des ergänzenden Sachvortrags der Beklagten in der Berufungsinstanz ist allerdings davon auszugehen, dass im Zeitpunkt vom 6. bis zum 8. bzw. 10.3.1996 (über die Länge des Aufenthaltes streiten die Parteien), in dem sich der Kläger auf der Intensivstation Innere Medizin aufhielt, dort noch zwei weitere Patienten lagen, bei denen zu diesem oder einem späteren Zeitpunkt ebenfalls eine MRSA-Besiedelung festgestellt wurde, deren Typus mit dem des Klägers identisch war.

104

Bei diesen beiden Patienten handelte es sich einmal um die Patientin A.W., bei der erstmals ein am 27.2.1996 routinemäßig abgenommener Trachealabstrich eine MRSA-Besiedelung

105

ergab; das Untersuchungsergebnis stand am 4.3.1996 fest.

Daneben wurde am 9.3.1996 bei dem Patienten T.E., der sich ebenfalls auf der Intensivstation und mutmaßlich auch im selben Zimmer wie der Kläger befand, ein Leistenabstrich genommen, dessen am 13.3.1996 vorliegendes Ergebnis ebenfalls eine MRSA-Besiedelung ergab. 106

Die Beklagte hat zunächst nicht ausschließen wollen, dass es über einen Zwischenkontakt mit einem weiteren auf einer anderen Station liegenden Patienten (R.A.) zu einer Ansteckung von A.W. auf T.E., und sodann auf den Kläger gekommen sein könnte. 107

Nach Übernahme des Klägers in die Überwachungsstation Innere Medizin hat sodann den Angaben der Beklagten zufolge ein weiterer Kontakt mit Patienten, bei denen im fraglichen Zeitraum oder später eine MRSA-Besiedelung festgestellt wurde, nicht stattgefunden. 108

Selbst soweit aufgrund dieses von der Beklagten infolge einer während des anhängigen Verfahrens eingeleiteten intensiven Recherche eingeräumten Sachverhalts nunmehr eine faktische Ansteckung des Klägers im Rahmen seines Aufenthaltes in der Intensivstation Innere Medizin nicht ausgeschlossen werden kann, kann von einem daraus resultierenden der Beklagten anzulastenden Behandlungsfehler in Form einer Außerachtlassung der erforderlichen Hygienemaßnahmen nicht ausgegangen werden. 109

Aufgrund der hierzu vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme haben sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass seitens der Beklagten nicht alle erforderlichen Hygienemaßnahmen durchgeführt wurden und zwar sofort nach Bekanntwerden der jeweiligen Besiedelung. 110

Dabei ist es ohne Belang, ob der Kläger nur bis zum 8.3.1996 auf der Intensivstation gelegen hat, wie es sich aus dem in den beigezogenen Behandlungsunterlagen befindlichen Verlegungsbericht ergibt, oder ob er sich noch bis zum 10.3.1996 dort befunden hat, wie seine als Zeugin vernommene Ehefrau ausgesagt hat. Es steht ausweislich der von der Beklagten vorgelegten Untersuchungsunterlagen nämlich fest, dass die notwendigen Maßnahmen in Bezug auf den Patienten T.E., der möglicherweise mit dem Kläger in einem Zimmer lag, nicht vor dem 13.3.1996 ergriffen werden konnten, weil erst zu diesem Zeitpunkt dessen MRSA-Besiedelung festgestellt worden ist. 111

Entgegen der pauschalen Behauptung des Klägers kann auch nicht angenommen werden, dass nicht sofort nach Bekanntwerden der MRSA-Besiedelung der Patientin A.W. -am 4.3.1996- in Bezug auf diese alle erforderliche Hygienemaßnahmen umgehend eingeleitet worden sind. Für ein Unterlassen der gebotenen Maßnahmen seitens der Beklagten sprechen keine greifbaren Anhaltspunkte. Die Vernehmung des Zeugen Prof. Dr. E. (Direktor des Hygieneinstituts der Beklagten zu 1)) hat vielmehr ergeben, dass auf die Einhaltung und sofortige Umsetzung der einschlägigen Hygienevorschriften im Falle des Auftretens einer MRSA-Infektion in allen Kliniken der Beklagten zu 1) streng geachtet werde und dies im Rahmen regelmäßiger Kontrollen und wiederholter entsprechender Unterweisungen des zuständigen Personals sichergestellt sei. 112

Der -sachverständige- Zeuge Prof. Dr. E. hat im übrigen eine mittelbare Übertragung der Infektion von der Patientin A.W. auf den möglicherweise den Kläger angesteckt habenden Patienten T.E. über den Patienten R.A. als Zwischenträger auszuschließen vermocht, weil bei diesem ein anderer als der beim Kläger festgestellte MRSA-Erregertypus vorgelegen habe. Es kann deshalb weder davon ausgegangen werden, dass jene Patientin nicht sofort nach 113

Bekanntwerden ihrer Infektion am 4.3.1996 in der gebotenen Weise isoliert worden war, noch dass überhaupt ein auch nur mittelbarer Kontakt zwischen jener und dem Patienten T.E. bestanden haben könnte, der in irgendeiner Weise Veranlassung für die Beklagte geboten hätte, T.E. nicht in einem Zimmer mit dem Kläger unterzubringen bzw. dort zu belassen, ehe sich dessen MRSA-Besiedelung am 13.3. herausstellte, also in einem Zeitpunkt, als der Kläger die Intensivstation längst verlassen hatte.

Das Bestehen eines unmittelbaren Kontaktes des Klägers zu den Patienten A.W. oder R.A. hat der Kläger selbst nicht behauptet. 114

Da somit weder für einen unmittelbaren oder mittelbaren Kontakt zwischen dem Kläger und der Patientin A.W. noch für einen unmittelbaren oder mittelbaren Kontakt des Patienten T.E. mit dieser hinreichende Anhaltspunkte bestehen, kommt auch der Vorwurf einer unterlassenen Überprüfung denkbarer Kontaktpersonen nicht zum Tragen. 115

Auch die übrigen vom Senat zur Frage der ordnungsgemäßen Einhaltung der einschlägigen Hygienevorschriften vernommenen Zeugen haben sämtlich bestätigt, dass diese Vorschriften bekannt seien, zuverlässig eingehalten würden und deren Umsetzung auch regelmäßig überwacht werde. Dies hat insbesondere die Zeugin Dr. K. bestätigt, deren Aufgabe als Krankenhaushygienikerin in besonderem Maße die Überwachung der einschlägigen Hygienevorschriften im Falle des Auftretens gerade auch einer MRSA-Infektion in den Kliniken der Beklagten zu 1) ist. 116

Soweit keiner der Zeugen generell ausschließen konnte, dass im Einzelfall einmal eine nicht völlig korrekte Ausführung der Vorschriften erfolgen mag, rechtfertigt dieser Umstand keinen Rückschluss dahingehend, dass der Beklagten im hier konkret in Rede stehenden Fall ein Versäumnis anzulasten sein könnte. Dafür ergeben sich vielmehr keine konkreten Anhaltspunkte. 117

Umstände, die eine Umkehr der Beweislast zugunsten des Klägers rechtfertigen könnten, liegen deshalb im Ergebnis nicht vor. Es kann weiterhin selbst unter Berücksichtigung des Umstands, dass der Kläger auf der Intensivstation möglicherweise einige Tage mit einem - wegen des diagnostischen Fensters notgedrungen noch unerkannt- bereits MRSA-besiedelten Patienten in einem Zimmer gelegen hat, nicht davon ausgegangen werden, dass dieser Umstand für die Beklagten erkennbar und vermeidbar gewesen wäre. 118

Die Infektion des Klägers kann der Beklagten zu 1) deshalb nicht zugerechnet werden, weil selbst unter Berücksichtigung des von der Beklagten eingeräumten Sachverhalts keine Umstände dargetan sind, denen sich entnehmen lässt, dass der Kläger schuldhaft einer Infektionsgefahr ausgesetzt worden ist, die das Maß des Unvermeidbaren erheblich überschreitet. 119

Soweit der Kläger im Anschluss an die durchgeführte Beweisaufnahme darauf verwiesen hat, dass die Vergabe des Medikaments Tazobac bereits am 8.3.1996 auf das Vorliegen einer Infektion schon an diesem Tage hindeute, handelt es sich hierbei um eine reine Vermutung, die insbesondere durch das vorliegende Sachverständigengutachten von Prof. E. nicht bestätigt wird, der ausschließlich auf andere, bei MRSA-Besiedelung wirksame Medikamente abstellt, die der Kläger später auch erhalten hat. 120

Da die Infektion mithin nicht auf ein Verschulden der Beklagten zurückgeführt werden kann, bedarf keiner Klärung, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang deren Eintritt den Behandlungs- und Heilungsverlauf beim Kläger verzögert oder beeinträchtigt hat. 121

4.	122
Auch die Reaktion der Beklagten auf die eingetretene Infektion war entgegen dem Vorwurf des Klägers sachgerecht und behandlungsfehlerfrei. Auf die zutreffenden Ausführungen des Landgerichts hierzu kann in vollem Umfang Bezug genommen werden. Prof. E. hat eine adäquate antibiotische Therapie mit dem Mittel der ersten Wahl und die Durchführung der gebotenen regelmäßigen Wundpflege bestätigt. Auch die zweimalige operative Nekrektomie sowie die am 12.6.1996 vorgenommene Hautverpflanzung hat der Gutachter als behandlungsfehlerfrei angesehen.	123
Nach allem ist die Berufung des Klägers gegen das angefochtene Urteil als unbegründet zurückzuweisen.	124
Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO; die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.	125
Gegenstandswert für das Berufungsverfahren und Wert der Beschwer für den Kläger: 143.935,29 DM	126