
Datum: 05.08.2009
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 69/08
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2009:0805.5U69.08.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 39/06

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 12. März 2008 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 25 O 39/06 - wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden der Klägerin auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Den Beklagten wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die Klägerin nimmt die Beklagten wegen des Vorwurfs von Behandlungsfehlern im Zusammenhang mit der operativen Versorgung eines Oberschenkelhalsbruches im April

1

2

3

2003 auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden in Anspruch.

Die Klägerin wurde am 22. April 2003 mit medialer Schenkelhalsfraktur des linken Beines im Hause der Beklagten zu 1. aufgenommen. Die Fraktur wurde am 23. April 2003 durch eine Schraubenosteosynthese operativ versorgt. In der Nacht vom 24. April 2003 auf den 25. April 2003 entwickelte sich eine schmerzhafte Schwellung des linken Beines, die Auswirkung einer Streptokokkeninfektion war, aufgrund derer sich im weiteren Verlauf ein schwerer toxischer Schock ausbildete. Am frühen Morgen des 25. April 2003 traten bei der Klägerin Atembeschwerden auf und sie wurde mit dem Verdacht auf eine Lungenentzündung oder Lungenembolie auf die Intensivstation verlegt. Es wurde eine Niereninsuffizienz und die Absonderung eines grünlichen Sekretes festgestellt. Die Blutwerte waren pathologisch verändert. Es wurde die Gabe eines Breitbandantibiotikums veranlasst. Im Hinblick auf die Schwellung des Beines erfolgte am 25. April 2003 zunächst unter dem Verdacht auf eine hochakute Wundinfektion mit Ausprägung eines Kompartiment-Syndroms bei manifestem septischen Schock eine Operation zur Druckentlastung des Kompartements. Nach dem Eingriff wurde die Klägerin wegen akuter Atemnot beatmet und auf die Intensivstation verlegt, wo sie u. a. mit Penicillin behandelt wurde. Am Morgen des 26. April 2003 wurde eine operative Revision durchgeführt, bei der sich in der gesamten Oberschenkelmuskulatur massive Muskelnekrosen zeigten. Noch am selben Tag wurde die Klägerin in die Universitätsklinik L. verlegt, wo das linke Bein amputiert wurde. Ein bei den Kontaktpersonen der Klägerin im Hause der Beklagten zu 1. genommener Abstrich des Nasen- und Rachenraums erbrachte keinen Streptokokkennachweis.

4

Die Klägerin behauptet, vor dem Eingriff am 23. April 2003 sei unzureichend desinfiziert worden, nämlich die Operationsstelle nur ein- bis zweimal anstelle der notwendigen fünf- bis zehnmal abgerieben worden. Hierdurch sei es zu der Streptokokkeninfektion gekommen. Insoweit liege ein Organisationsfehler vor. Zudem behauptet sie, dass der Anästhesist die Spritze bereits im Nebenraum geöffnet und sodann in den Operationssaal verbracht habe. Der Anästhesist habe keinen Mundschutz getragen. Außerdem sei der Toilettensstuhl in ihrem Krankenzimmer über einen Zeitraum von 12 Stunden nicht ausgewechselt bzw. gereinigt worden. In der Nacht vom 23. auf den 24. April 2003 habe sie mindestens sechsmal den Notruf betätigt, weil massive Beschwerden aufgetreten seien, nämlich klopfende Schmerzen im operierten Bein, Durchbluten des Verbandes, der Bettwäsche und der Bettunterlagen, Unmöglichkeit der Blasenentleerung, Nierenschmerzen, stark zunehmendes Fieber und pulsierende Kopfschmerzen. Diesen Symptomen, die auf eine Streptokokkeninfektion hingewiesen hätten, sei unzureichend nachgegangen worden. Hierdurch sei es zu der Streptokokkeninfektion gekommen, die unzureichend behandelt worden sei und zur Amputation des linken Beines geführt habe.

5

Die Klägerin hat beantragt, festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr alle materiellen Schäden zu ersetzen, die ihr durch die ärztliche Behandlung im Krankenhaus der Beklagten zu 1. vom 22. April 2003 bis zum 26. April 2003 entstanden sind, und die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, ihr ein angemessenes Schmerzensgeld zu bezahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 100.000 Euro. Die Beklagten haben beantragt, die Klage abzuweisen, und sind den Behauptungen der Klägerin entgegengetreten.

6

Wegen der Einzelheiten der tatsächlichen Feststellungen des Landgerichts wird auf die Ausführungen auf S. 2 – 5 des angefochtenen Urteils (Bl. 154 ff., 155 – 158 d. A.) Bezug genommen.

7

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. S. vom 22. Februar 2007 (Bl. 81 – 102 d. A.) nebst ergänzender schriftlicher Stellungnahme des Sachverständigen vom 26. September 2007 (Bl. 124 – 128 d. A.). In dieser Weise sachverständig beraten hat das Landgericht die Klage abgewiesen, weil nicht bewiesen sei, dass es im Rahmen der Behandlung der Klägerin im Hause der Beklagten zu 1. in der Zeit vom 22. bis 26. April 2003 zu Behandlungsfehlern gekommen sei. Wegen der Einzelheiten wird auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung (S. 5 – 9, Bl. 154 ff., 158 – 162 d. A.) verwiesen.

Dagegen wendet sich die Klägerin mit der gegen die Beklagten zu 1. und 3. gerichtete 9
Berufung. Ihre ursprünglich auch gegen den Beklagten zu 2. gerichtete Berufung hat sie zurückgenommen. Mit ihrer Berufung verfolgt die Klägerin in Bezug auf die Beklagten zu 1. und 3. unter Erweiterung des Feststellungsantrages um immaterielle Zukunftsschäden ihre erstinstanzlichen Anträge weiterverfolgt und beantragt,

1. festzustellen, dass die Beklagten zu 1. und 3. als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der 10
Klägerin sämtliche materiellen Schäden sowie die zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht konkret vorhersehbaren immateriellen Zukunftsschäden zu ersetzen, welche der Klägerin durch die ärztliche Behandlung im Krankenhaus der Beklagten zu 1. vom 22. April 2003 bis zum 26. April 2003 entstanden sind, und

2. die Beklagten zu 1. und 3. als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin ein 11
angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 100.000 Euro.

Zur Begründung führt die Klägerin insbesondere aus, dass die gravierenden Hygienemängel 12
im Hause der Beklagten zu 1. im Allgemeinen sowie die speziell im Zusammenhang mit der Operation der Klägerin vorgefallenen Verstöße gegen Hygienestandards für die Infektion der Klägerin ursächlich seien. Allgemein sei zu beanstanden, dass es im Hause der Beklagten zu 1. zum Stand 23. April 2003 keinen Hygieneplan gegeben habe, in welchem die vom Robert-Koch-Institut geforderten Richtlinien zur Verhinderung postoperativer Infektionen geregelt sind und die als klinischer Standard im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes anzusehen seien, dass im Hause der Beklagten zu 1. um die Zeit der hier umstrittenen Operation herum eine Reihe von Streptokokkeninfektionen mit gravierenden Folgen für die jeweils betroffenen Patienten vorgefallen seien, ohne dass dokumentiert sei, dass und welche Konsequenzen aus diesen Vorfällen gezogen worden sind, und ohne dass eine Quellensuche dokumentiert sei, insbesondere dahin, ob das Operationspersonal Keimträger sei. Es sei zudem nicht dokumentiert, ob das Reinigungspersonal, das die Operationsräume reinigt, hinreichend qualifiziert sei. Auch die Erfassung einer Wundinfektionsrate sei nicht dokumentiert. Im Zusammenhang mit der hier umstrittenen Operation seien eine Reihe von Verstößen gegen Hygienestandards begangen worden: Die Spritze, die ihr unmittelbar vor der Operation gesetzt worden sei, sei nicht der Üblichkeit entsprechend erst unmittelbar vor dem Setzen am Körper desterilisiert worden; vielmehr sei der Anästhesist mit der bereits aufgezogenen Spritze ohne Nadelverschluss aus einem anderen Raum gekommen und durch den Vorbereitungsraum geschritten, was einen groben ärztlichen Fehler darstelle. Der Anästhesist habe keinen Mundschutz getragen. Die Einstichstelle sei unzureichend sterilisiert worden, nämlich lediglich ein- bis zweimal und nicht vorschriftsgemäß fünf- bis zehnmal mit einem Desinfektionsmittel abgerieben worden. Der Toilettenstuhl unter dem Bett der Klägerin sei zwischen dem 24. und 25. April 2003 über einen Zeitraum von zwölf Stunden nicht gereinigt worden. Als mögliche Infektionsquelle komme auch in Betracht, dass das Osteosynthesematerial nicht steril gewesen sei, wovon ausgegangen werden könne. Da es

im Hause der Beklagten zu 1. allgemein und speziell bei der Behandlung der Klägerin zu gravierenden Hygienemängeln gekommen sei, müssten die Beklagten beweisen, dass diese für die Infektion der Klägerin nicht ursächlich waren. Der ehemalige Beklagte zu 2. und nunmehrige Zeuge Dr. E. habe gegenüber der Klägerin eingeräumt, dass im Hause der Beklagten zu 1. in zahlreichen Fällen gegen Hygienestandards verstoßen worden sei. Der Zeuge könne bekunden, dass bei der Klägerin Sterilisationsmaßnahmen erst nach Auftreten der Infektion vorgenommen worden seien. Die Klägerin könne sich die Infektion auch nur im Hause der Beklagten zu 1. zugezogen haben, weil sie zuvor nicht infiziert, und weil ihr Immunsystem nicht geschwächt gewesen sei. Das Landgericht hätte das Vorbringen der Klägerin in ihrem Schriftsatz vom 18. Januar 2008 zu den Hygienemängeln nicht als verspätet zurückweisen dürfen.

Die Klägerin sei nicht über die Infektionsquote im Hause der Beklagten zu 1. aufgeklärt worden mit der Folge, dass sie nicht habe entscheiden können, ob sie sich in einer Klinik mit einer niedrigeren Quote behandeln lassen soll. Dafür hätte sie sich im Falle einer entsprechenden Aufklärung entschieden.

13

Die Antibiose sei nicht ausreichend gewesen. Es hätte den Leitlinien entsprochen, bereits perioperativ prophylaktisch eine Antibiose einzuleiten. Dadurch hätte der Verlauf abgemildert und zumindest die Amputation vermieden werden können. Die Antibiose sei auch nicht in ausreichendem Umfang erfolgt. Die Diagnose der nekrotisierenden Faszitis sei zu spät gestellt worden mit der Folge, dass die Penicillingabe zu spät eingeleitet worden sei. Bereits am 24. April 2003 in den Nachmittagsstunden habe die Klägerin Beschwerden gehabt und gemeldet, die auf eine Infektion hingedeutet und eine ärztliche Untersuchung erfordert hätten; trotz wiederholter entsprechender Bitten sei ein Arzt erst sehr viel später hinzugezogen worden.

14

Die Beklagten zu 1. und 3. beantragen die Zurückweisung der Berufung, treten dem Berufungsvorbringen der Klägerin entgegen, verteidigen das angefochtene Urteil und tragen ergänzend insbesondere vor, dass die Klägerin Verstöße gegen die Hygienestandards nicht schlüssig dargelegt habe. Das Eintreten der Infektion als solches lasse keinen Rückschluss auf Versäumnisse insoweit zu. Die in dem Zusammenhang von der Klägerin konkret erhobenen Vorwürfe entbehrten jeglicher Grundlage. Soweit die Klägerin auf andere Patienten hinweise, die postoperativ eine Infektion erlitten hätten, sei der Vortrag nicht erwidernsfähig, weil die Beklagten zu anderen Patienten nichts vortragen dürften. Im übrigen bedeuteten drei Patienten mit Infektionen in mehreren Jahren angesichts der Vielzahl von Eingriffen eine Infektionsquote von nahezu "Null". Die Anästhesiespritze werde üblicherweise vom Anästhesiepfleger, nicht vom Anästhesisten aufgezogen. Dies erfolge regelmäßig nicht im Operationssaal, sondern im Anästhesieeinleitungsraum. Im übrigen sei die Klägerin mit laufender Infusion in den Operationsbereich gebracht worden mit der Folge, dass eine Injektion in die Haut unmittelbar vor der Operation nicht erforderlich war, und dass sich die Frage der hinreichenden Desinfektion der Haut gar nicht stelle. Der Toilettenstuhl unter dem Bett der Klägerin sei gar nicht benutzt worden. Zur Unterstützung der Blasen- und Darmentleerung sei vielmehr am 23. und 24. April 2003 ein Steckbecken benutzt worden.

15

Die erstmals mit der Berufungsbegründung erhobene Aufklärungsrüge sei offensichtlich unbegründet und rechtsmissbräuchlich. Die Klägerin habe einen Entscheidungskonflikt nicht dargetan. Die Operation als solche sei alternativlos gewesen und habe dringend und ohne Zeitverzug durchgeführt werden müssen. Da Infektionen unabhängig von der Infektionsquote des Krankenhauses niemals völlig ausgeschlossen werden können, sei davon auszugehen, dass die Klägerin sich auch bei Aufklärung über die Infektionsquote im Hause der Beklagten

16

zu 1. hätte operieren lassen. Eine prophylaktische Antibiose perioperativ sei nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen nicht erforderlich gewesen. Eine früher eingeleitete Antibiose hätte zudem nach den auch insoweit überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen keinerlei Einfluss auf den späteren Krankheitsverlauf gehabt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Berufungsvorbringens der Parteien wird auf die im Berufungsverfahren eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf das Vorbringen der Parteien in den mündlichen Verhandlungen vom 19. November 2008 und 10. Juni 2009 Bezug genommen. 17

Der Senat hat Beweis erhoben durch Vernehmung bzw. schriftliche Anhörung der Zeugen Q. I., N. J., N. L. und Dr. H. E.. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 19. November 2008 (Bl. 264 ff. d. A.) und auf die schriftliche Beantwortung der Beweisfragen durch den Zeugen Dr. E. vom 20. Februar 2009 (Bl. 331 d. A.) Bezug genommen. 18

II. 19

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. 20

Die Klägerin hat nicht beweisen können, dass den behandelnden Ärzten im Hause der Beklagten zu 1. in der Zeit vom 22. bis 26. April 2003 schadensursächliche Behandlungsfehler unterlaufen sind, die eine Haftung der Beklagten begründen könnten. Und auch die Aufklärungsrüge der Klägerin ist nicht gerechtfertigt. 21

Der Senat folgt bei seiner Beurteilung den Feststellungen des Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. S. [Gutachten vom 22. Februar 2007 (Bl. 81 – 102 d. A.) nebst ergänzender schriftlicher Stellungnahme des Sachverständigen vom 26. September 2007 (Bl. 124 – 128 d. A.)], weil der Sachverständige seine Feststellungen ausführlich, umfassend und gut nachvollziehbar sowie unter sorgfältiger Auswertung der Krankenunterlagen und unter eingehender Auseinandersetzung mit den Einwendungen der Parteien überzeugend begründet hat. 22

I. 23

Die am 23. April 2003 durchgeführte operative Versorgung des Oberschenkelhalsbruchs der Klägerin mit drei kanülierten Schenkelhalsschrauben war nach den überzeugenden Ausführungen des erstinstanzlich beauftragten Sachverständigen medizinisch indiziert (vgl. etwa: S. 12/13 u. 20 des Gutachtens vom 22. Februar 2007, Bl. 92/93 u. 100 d. A.), während die von der Klägerin in erster Instanz als alternative Behandlungsmethoden angesprochene Gips- sowie Streckbehandlung nicht indiziert gewesen sind [S. 13/14 u. 20 des Gutachtens vom 22. Februar 2007 (Bl. 93/94 u. 100 d. A.) sowie S. 3/4 des Ergänzungsgutachtens vom 26. September 2007 (Bl. 126/127 d. A.)]. Mit der Berufung stellt die Klägerin die Indikation des operativen Eingriffs vom 23. April 2003 – zu Recht – nicht mehr in Frage. 24

II. 25

Außer Streit steht zwischen den Parteien jedenfalls in der Berufungsinstanz auch, dass die Operation vom 23. April 2003 als solche behandlungsfehlerfrei durchgeführt worden ist (vgl. hierzu auch etwa: S. 13 des Gutachtens vom 22. Februar 2007, Bl. 93 d. A.), wobei nach der überzeugenden Bewertung des Sachverständigen der Abbruch des Leitdrahtes an der Spitze, die im Knochen verblieben ist, weder für sich genommen einen Behandlungsfehler darstellt noch auf einen solchen schließen lässt und als Komplikation zu bewerten ist, die für die 26

Frakturheilung sowie das später aufgetretene Krankheitsbild keine Relevanz hat [vgl. hierzu etwa: S. 13 des Gutachtens vom 22. Februar 2007 (Bl. 93 d. A.) sowie S. 1 des Ergänzungsgutachtens vom 26. September 2007 (Bl. 124 d. A.)]. Die Klägerin spricht den Abbruch der Spitze des Leitdrahtes in der Berufungsbegründung auch nicht (mehr) unter dem Gesichtspunkt eines Behandlungsfehlers in Bezug auf die Operation als solche, sondern ausschließlich im Zusammenhang mit der Frage der Hygienemängel und insoweit unter dem Gesichtspunkt an, dass das Osteosynthesematerial möglicherweise nicht steril gewesen sei (S. 6 der Berufungsbegründung, Bl. 212 d. A.), worauf unten zu V. näher eingegangen wird.

III. 27

Die Klägerin kann ihre Ansprüche auch nicht darauf stützen, dass die Antibiose und insbesondere die Penicillingabe eventuell verspätet eingeleitet worden ist. 28

Denn der Sachverständige ist zum einen mit überzeugender Begründung zu der Feststellung gelangt, dass die Kausalität einer eventuell verspätet eingeleiteten Antibiose und insoweit insbesondere einer eventuell verspäteten Einleitung der Penicillingabe für den Verlauf der Streptokokkeninfektion mit ihren tragischen Folgen für die Klägerin nicht festgestellt werden kann. Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt, dass das Verhalten der Behandler in Bezug auf die postoperativ aufgetretenen Symptome nicht zu beanstanden gewesen sei, dass vielmehr die Diagnosemaßnahmen und die eingeleiteten Therapien adäquat gewesen seien, dass auch bei früherer Diagnosestellung eine anderen Therapie nicht veranlasst gewesen sei, und dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch bei früherem Einleiten der Antibiose und insbesondere bei Beginn der Penicillingabe zum insoweit frühestmöglichen Zeitpunkt und damit ca. 12 Stunden früher als tatsächlich geschehen, der Verlauf der Streptokokkeninfektion mit ihren gravierenden Folgen nicht hätte gestoppt werden können [vgl. insb.: S. 14 – 17, 18 – 20, 21 des Gutachtens vom 22. Februar 2007 (Bl. 94 – 97, 98 – 100, 101 d. A.) sowie S. 2/3 und 4/5 des Ergänzungsgutachtens vom 26. September 2007 (B. 125/126 u. 127/128 d. A.)]. Ferner hat der Sachverständige nachvollziehbar erläutert, dass Streptokokken der hier in Rede stehenden Art sich "wie ein Blitz" außerordentlich schnell und zudem aggressiv vermehren und zu Gewebsuntergang führen, und dass die Antibiotika im Hinblick darauf, dass sie im Körper nur auf dem Blutweg transportiert werden können, nicht in der Lage sind, zu den Keimen in dem nekrotischen Gewebe oder im Eiter vorzudringen und den bereits eingetretenen Gewebeverfall oder die bereits eingetretene Vermehrung der Bakterien im Wundgebiet zu verhindern, und nur bewirken können, dass sich die Bakterien nicht auf andere noch nicht befallene Gebiete ausweiten [vgl. etwa: S. 17 u. 18/19 des Gutachtens vom 22. Februar 2007 (Bl. 97 u. 98/99 d. A.) sowie S. 2 u. 5 des Ergänzungsgutachtens vom 26. September 2007 (Bl. 125 u. 128 d. A.)]. 29

Zum anderen ist nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen davon auszugehen, dass den Behandlern auch nicht als Behandlungsfehler angelastet werden kann, nicht bereits prophylaktisch perioperativ eine Antibiose eingeleitet zu haben, um damit die Streptokokkeninfektion von vornherein zu verhindern. Denn der Sachverständige hat in seinem Gutachten die Indikation einer prophylaktischen perioperativen Antibiose zumindest indirekt durch den im Zusammenhang mit der Frage, ob nach Austritt von Sekret aus der postoperativen Wunde bereits sofort ein Antibiotikum hätte gegeben werden müssen, erfolgten Hinweis verneint, dass Antibiotika grundsätzlich nicht blind ohne Sicherung eines mikrobiologischen Befundes gegeben werden [S. 2 des Ergänzungsgutachtens vom 26. September 2007, Bl. 125 d. A.] Diese Aussage des Sachverständigen muss erst recht für eine lediglich prophylaktische Gabe von Antibiotika perioperativ gelten. Eine abweichende 30

Beurteilung ist auch durch das von der Klägerin in Auftrag gegebene zweiseitige Kurzgutachten des Arztes für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie Dr. T. vom 25. Mai 2008 (Bl. 221/222 d. A.) nicht veranlasst. Denn Dr. T. hat lediglich ausgeführt, dass eine perioperative Antibiotikaphylaxe bei Operationen mit Einbau von Osteosynthesematerialien nach den gültigen Leitlinien zur Verhinderung von postoperativen Wundinfektionen vorgeschrieben seien, wobei er als Fundstellenhinweis die "AMWF 1999, überarbeitet 2004" angegeben hat. Diese Ausführungen von Dr. T. vermögen nicht zu überzeugen, weil jegliche Begründung fehlt, und weil es sich bei der von ihm zitierten Leitlinie um eine Leitlinie für Leitlinien handelt, in der Qualitätskriterien etc. für die Erstellung von Leitlinien festgeschrieben sind. Eine spezielle Richtlinie, aus der sich die Richtigkeit seiner Behauptung zur prophylaktischen Antibiose ergibt, benennt er hingegen nicht. Im übrigen kann auch nicht angenommen werden, dass durch eine prophylaktische Gabe von Antibiotika perioperativ das Entstehen der Infektion mit Sicherheit hätte verhindert werden können. Denn einen absolut sicheren Schutz gegen Infektionen gibt es nicht. Und eventuelle Unsicherheiten insoweit gingen zu Lasten der Klägerin, weil sie für die Kausalität beweispflichtig ist, und weil eine Beweislastumkehr unter dem insoweit allein in Betracht kommenden Gesichtspunkt des groben Behandlungsfehlers nicht angenommen werden kann. Denn wenn man überhaupt entgegen der Bewertung des Gerichtssachverständigen Priv.-Doz. Dr. S. annehmen wollte, dass das Unterlassen der prophylaktischen Antibiose perioperativ einen Behandlungsfehler darstellt, so könnte dieser jedenfalls nicht mit der Folge der Beweislastumkehr als im Rechtssinne grober Behandlungsfehler bewertet werden. Denn allein die Ausführungen des Gerichtssachverständigen zeigen, dass das Unterlassen der prophylaktischen Antibiose perioperativ aus ärztlicher Sicht zumindest nachvollziehbar und verständlich ist.

IV. 31

Ohne Erfolg erhebt die Klägerin erstmals in der Berufungsbegründung eine Aufklärungsrüge und trägt hierzu vor, sie hätte vor der Operation über die Infektionsquote im Hause der Beklagten zu 1. aufgeklärt werden müssen und hätte bei entsprechender Aufklärung ein Krankenhaus mit einer niedrigeren Quote bevorzugt. Denn zum einen handelt es sich hierbei um ein neues Angriffsmittel im Sinne von § 531 ZPO, und Gründe, die gemäß § 531 Abs. 2 ZPO eine Zulassung rechtfertigen könnten, sind weder von der Klägerin vorgetragen worden noch sonst ersichtlich. Zum anderen ist die Aufklärungsrüge aber auch in der Sache nicht berechtigt, weil eine Obliegenheit der Behandler, über eine Infektionsquote aufzuklären, nicht besteht, und weil zudem weder von der Klägerin dargetan noch sonst ersichtlich ist, dass die Klägerin sich in einem Entscheidungskonflikt befunden haben könnte. 32

V. 33

Die Klägerin kann ihre Ansprüche auch nicht darauf stützen, dass im Hause der Beklagten zu 1. im Allgemeinen und bei der Behandlung der Klägerin im Besonderen gegen Hygienestandards verstoßen worden sei. Denn es kann nicht festgestellt werden, dass es im Hause der Beklagten zu 1. zu schuldhaften Verstößen gegen Hygienestandards gekommen ist, auf denen die folgenschwere Infektion der Klägerin beruht. 34

Das Vorbringen der Klägerin besteht im wesentlichen Kern ausschließlich da-rauf, dass sie aus dem Umstand, dass sie eine folgenschwere Streptokokkeninfektion erlitten hat, schließt, dass im Hause der Beklagten zu 1. im April 2003 ein angemessener Hygienestandard nicht gewährleistet gewesen ist. Dabei erfolgt das Vorbringen zu den allgemeinen Hygieneverhältnissen im Hause der Beklagten zu 1. letztlich ins Blaue hinein und erschöpft sich in bloßen Vermutungen und Unterstellungen. Und die von ihr behaupteten konkreten Hygieneverstöße im Rahmen ihrer Behandlung hat die Klägerin nicht beweisen können, 35

worauf im folgenden näher einzugehen sein wird. Im Hinblick darauf kommt auch eine Beweiserleichterung für die Klägerin hinsichtlich der Kausalität unter dem Gesichtspunkt des groben Behandlungsfehlers nicht in Betracht, weil die Klägerin hierfür Verstöße gegen Hygienestandards hätte vortragen und beweisen müssen, die so klar und gravierend sind, dass die Grundsätze zum groben Behandlungsfehler eingreifen. Auf der Basis des Vorbringens der Klägerin und des Akteninhalts im Übrigen bedeutete die Einholung eines Sachverständigengutachtens zu eventuellen Hygienemängeln und zu der Frage der Ursächlichkeit eventueller Hygienemängel für die gesundheitliche Situation der Klägerin eine unzulässige Ausforschung.

Auch aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu Hygienemängeln ergeben sich für die 36
Klägerin keine Erleichterungen hinsichtlich der Darlegungs- und Beweislast. Denn danach kann eine Umkehr der Darlegungs- und Beweislast für die Kausalität eines Hygienemangels für eine Infektion und zugleich auch für das Verschulden hinsichtlich des Hygienemangels nur dann angenommen werden, wenn feststeht, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich hervorgegangen sein muss [vgl. etwa: BGH, NJW 1991, 1541, Juris-Rn. 11 – st. Rspr.]. Denn absolute Keimfreiheit gibt es im Operationsbereich nicht. Im Hinblick darauf gehören Keimübertragungen, die sich aus nicht beherrschbaren Gründen und trotz Einhaltung der gebotenen hygienischen Vorkehrungen ereignen, zum entschädigungslos bleibenden Krankheitsrisiko des Patienten [BGH, a. a. O.]. Im Hinblick darauf sind bei Hygienemängeln die Anforderungen an substantiierten Vortrag eines Klägers, der glaubt, Opfer von Hygienedefiziten geworden zu sein, hoch. Insbesondere reicht es nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht vorzutragen, dass der betroffene Patient ohne Infektion eine Behandlung angetreten hat und nach der Behandlung infiziert war. Denn das Auftreten einer Infektion als solches stellt keinen Anhaltspunkt für einen haftungsbegründenden Hygienemangel dar [vgl. etwa: BGH, a. a. O.; vgl. hierzu auch etwa: OLG Hamm, MedR 2006, 288, Juris-Rn. 17]. Für substantiierten Vortrag insoweit, der zugleich die erforderliche Basis für die Einholung eines Sachverständigengutachtens zu Hygienemängeln im vorliegenden Verfahren darstellen könnte, bedürfte es vielmehr eines konkreten Anhaltspunktes dafür, dass es im Rahmen der Behandlung der Klägerin zu einem Hygienemangel in einem hygienisch beherrschbaren Bereich gekommen ist, der vom Ansatz her die tatsächlich eingetretene Infektion hätte verursachen können. Konkrete Anhaltspunkte in diesem Sinne hat die Klägerin aber nicht behauptet bzw. nicht beweisen können.

Soweit die Klägerin behauptet hat, der Toilettenstuhl an ihrem Krankenbett sei zwischen dem 24. und 25. April 2003 über einen Zeitraum von zwölf Stunden nicht gereinigt worden, ist sie 37
beweisfällig geblieben. Denn die hierzu von den Parteien benannten Zeugen N. J. [von der Klägerin benannt; vgl. S. 4/5 des Protokolls der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme vom 19. November 2008, Bl. 264 ff., 267/268 d. A.] und N. L. [von den Beklagten benannt; vgl. S. 5 des Protokolls der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme vom 19. November 2008, Bl. 264 ff., 268 d. A.] haben die Behauptung der Klägerin nicht bestätigt und die Voraussetzungen für eine Parteivernehmung der Klägerin gemäß §§ 447, 448 ZPO liegen nicht vor.

Soweit die Klägerin behauptet hat, ihr sei unmittelbar vor der Operation eine Spritze von dem 38
Anästhesisten gesetzt worden, die dieser nicht der Üblichkeit entsprechend unmittelbar vor dem Setzen am Körper desterilisiert, sondern in einem Nebenraum aufgezogen und von dort aus offen in den Vorraum gebracht habe, ist die Klägerin ebenfalls beweisfällig geblieben. Denn der von ihr benannte Zeuge Q. I. hat ihre Behauptung nicht bestätigt, der von ihr als Zeuge benannte Dr. F. ist ausweislich der Rückbriefnachricht verstorben und die Voraussetzungen für eine Vernehmung der Klägerin als Partei gemäß §§ 447, 448 ZPO

Einen konkreten Anhaltspunkt dafür, dass es im Rahmen der Behandlung der Klägerin zu einem Hygienemangel in einem hygienisch beherrschbaren Bereich gekommen ist, der vom Ansatz her die tatsächlich eingetretene Infektion hätte verursachen können, stellt auch die Behauptung der Klägerin nicht dar, dass der Anästhesist bei der Spritze, die er ihr vor der Operation am 23. April 2003 im Vorraum vor dem Operationssaal gesetzt habe, keinen Mundschutz getragen habe. Denn zum einen hat der Zeuge Q. I. diese Behauptung der Klägerin nicht bestätigt. Der Zeuge I. hat anlässlich seiner Vernehmung am 19. November 2008 vielmehr lediglich bekundet: "Im OP wird selbstverständlich der Mundschutz getragen. Im Einleitungsraum hat man den Mundschutz auch schon um, man nimmt ihn aber herunter, wenn man mit der Patientin spricht." (S. 4 des Protokolls vom 19. November 2008, Bl. 264 ff., 267 d. A.). Mit dieser Aussage hat der Zeuge nicht zur Überzeugung des Senats bestätigt, dass er in Anwesenheit der Klägerin den Mundschutz heruntergenommen hat, weil er nicht ausgesagt hat, dass er mit der Klägerin gesprochen hat. Er hat allerdings bekundet, dass im Hause der Beklagten zu 1. Ärzte im Einleitungsraum üblicherweise keinen Mundschutz tragen, wenn sie mit den Patienten sprechen. Ob dies als Verstoß gegen die im Hygieneplan festgelegten Verhaltensmaßregeln (Ziff. 4.3 des Hygieneplans für die OP-Abteilung vom 10. April 2002, der nach der Behauptung der Beklagten auch in der hier fraglichen Zeit April 2003 in Kraft gewesen ist; Anlage B 1, vorgelegt mit Schriftsatz vom 2. Februar 2009, Bl. 306 ff. d. A. nebst zugehörigem Anlagenhefter) und zugleich als konkreter Anhaltspunkt dafür zu werten sein könnte, dass es im Hause der Beklagten zu 1. zu vermeidbaren Hygienemängeln gekommen ist, kann dahinstehen. Dieser Anhaltspunkt bietet jedenfalls keine ausreichende Grundlage für eine weitere Beweisaufnahme zu Hygienemängeln und der Frage ihrer Ursächlichkeit für die Infektion der Klägerin durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. Denn hinsichtlich dieses – unterstellten – vermeidbaren Hygienemangels ist davon auszugehen, dass er für die Infektion der Klägerin nicht kausal geworden sein kann. In erster Instanz war unstreitig, dass von sämtlichen Ärzten und Pflegepersonen, die im Rahmen der Behandlung der Klägerin mit ihr in Kontakt geraten sind, Abstriche genommen und – mit negativem Befund – auf Streptokokkenbefall untersucht worden sind. Soweit die Klägerin nunmehr unter Hinweis auf die Anlage B 6 zu dem Schriftsatz der Beklagten vom 2. Februar 2009 (Anlagenhefter zu Bl. 306 ff. d. A.) im Hinblick auf das in dem Befund eingetragene Geburtsdatum bestreitet, dass von dem Zeugen I. ein Abstrich genommen worden ist, ist dies als ins Blaue hinein erfolgt und damit als unerheblich anzusehen. Es ist zwar richtig, dass das in dem Befund angegebene Geburtsdatum 19. August 1985 (vgl. erstes Blatt der Anlage B 6) nicht stimmen kann, weil der Zeuge bei seiner Vernehmung am 19. November 2008 sein Alter in Jahren mit 43 angegeben hat (S. 2 des Protokolls), was nach dem Aussehen des Zeugen durchaus plausibel schien, und weil deshalb davon auszugehen ist, dass der Zeuge im Jahre 1965 [weil sein Geburtstag auf einen 19. August fällt] geboren sein muss. Es ist aber offensichtlich, dass es sich bei der Angabe des Geburtsdatums in dem Befundbericht um einen Schreibfehler handelt: 19. August 1985 anstelle von 19. August 1965. Denn zum einen gab es auch nach dem Vortrag der Klägerin im Rahmen ihrer Behandlung keine zwei Personen mit dem Namen Q. I.. Und zum anderen ist nicht nachzuvollziehen, inwiefern ein 17-jähriger junger Mann (geboren: August 1985; Behandlung: April 2003) an der Behandlung der Klägerin beteiligt gewesen sein könnte. Und soweit die Klägerin nunmehr behauptet, die Abstriche seien erst am 30. April 2003 genommen worden und damit nicht hinreichend aussagekräftig zu der Frage, ob die fraglichen Personen zum Zeitpunkt der Operation mit Streptokokken befallen waren, ist dieses Vorbringen als ins Blaue hinein erfolgt und deshalb als unerheblich zu bewerten. Denn die Abstriche sind zeitnah nach Feststellung der Streptokokkeninfektion genommen worden und es spricht nichts dafür, dass der Zeuge I., bei dem 30. April 2003 Streptokokken

labortechnisch nicht nachweisbar gewesen sind, am 23. April 2003 mit Streptokokken infiziert gewesen sein soll und die Klägerin infiziert haben könnte.

Die Klägerin ist in Bezug auf ihre weitere Behauptung, die Einstichstelle sei unzureichend sterilisiert worden, nämlich lediglich ein- bis zweimal und nicht vorschriftsgemäß fünf- bis zehnmal mit einem Desinfektionsmittel abgerieben worden, beweisfällig geblieben, weil sie als Beweismittel ausschließlich ihre eigene Vernehmung als Partei angeboten hat und die hierfür erforderlichen Voraussetzungen gemäß §§ 447, 448 ZPO nicht vorliegen. 40

Die Klägerin beruft sich zudem auch ohne Erfolg darauf, dass als mögliche Infektionsquelle in Betracht komme, das Osteosynthesematerial sei nicht steril gewesen, weil ihr Vorbringen insoweit rein spekulativ ist. 41

Schließlich hat die Klägerin auch ihre Behauptung, der Zeuge Dr. E. habe ihr gegenüber eingeräumt, dass im Hause der Beklagten zu 1. in zahlreichen Fällen gegen Hygienestandards verstoßen worden sei, und dass bei der Klägerin Sterilisationsmaßnahmen erst nach Auftreten der Infektion vorgenommen worden seien, nicht beweisen können. Denn der Zeuge Dr. E. hat die Behauptungen der Klägerin in seiner schriftlichen Aussage vom 20. Februar 2009 nicht bestätigt und die Voraussetzungen für eine Vernehmung der Klägerin als Partei gemäß § 447, 448 ZPO liegen auch insoweit nicht vor. Eine erneute Vernehmung des Zeugen Dr. E. – sei es im schriftlichen Wege, sei es mündlich – ist auch unter Berücksichtigung des Fragerechtes der Parteien gemäß § 397 ZPO nicht veranlasst: Der Zeuge hat die Fragen gemäß Ziff. I. des Beschlusses vom 17. Dezember 2008 erschöpfend beantwortet. Soweit die Klägerin den Zeugen dazu befragen will, ob es denn überhaupt in der Klinik der Beklagten zu 1. in anderen Fällen sowie in demjenigen der Klägerin zu Hygieneverstößen gekommen ist, ist das unter Beweis gestellte Vorbringen unsubstanziert und einer Beweisaufnahme nicht zugänglich. Eine entsprechende Befragung des Zeugen liefe auf eine unzulässige Ausforschung hinaus. Die Klägerin müsste schon konkrete Hygienemängel vortragen und in das Wissen des Zeugen Dr. E. stellen. Die von der Klägerin beantragte Beweisaufnahme liefe letztlich darauf hinaus, dass sich die Klägerin von dem Zeugen berichten ließe, wie es denn im Hause der Beklagten zu 1. um die Hygiene bestellt war und ob, ggf. welche Mängel es zu beklagen gab. Soweit die Klägerin behauptet hat, der Zeuge Dr. E. habe in einem Gespräch mit ihr nach ihrem Hinweis auf die anderen in der Berufungsbegründung genannten Patienten im Hause der Beklagten zu 1. mit Streptokokkeninfektionen geäußert: "Wenn es nach mir ginge, so hätten Sie bereits eine Entschädigung erhalten.", kann ihr Vortrag als wahr unterstellt werden. Denn bei der behaupteten Bemerkung des Zeugen handelt es sich lediglich um eine unverbindliche Meinungsäußerung ohne jede rechtliche Relevanz für den vorliegenden Streitfall. 42

Die Klägerin versucht auch ohne Erfolg, Unstimmigkeiten oder Unzulänglichkeiten in den von den Beklagten mit Schriftsatz vom 2. Februar 2009 (Bl. 306 ff. d. A. nebst zugehörigem Anlagenhefter) vorgelegten Unterlagen zu den Maßnahmen zur Prophylaxe gegen postoperative Infektionen aufzuzeigen. Denn zum einen lassen die von der Klägerin aufgezeigten Unzulänglichkeiten in den Unterlagen keinen hinreichenden Bezug zu der Behandlung der Klägerin erkennen. Und zum anderen kann insoweit nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Unterlagen offensichtlich nicht vollständig sind und dass den Beklagten Vortrag zur Infektionsprophylaxe und die Vorlage von Unterlagen hierzu ausdrücklich nur vorsorglich aufgegeben worden ist, nämlich vorsorglich für den Fall, dass sich durch die Vernehmung des Zeugen Dr. E. ein Anhaltspunkt für Hygienemängel in dem hygienisch beherrschbaren Bereich im Hause der Beklagten zu 1. und damit die Veranlassung für die Einholung eines Sachverständigengutachtens ergibt, was nicht der Fall ist. 43

VI.	44
Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf § 708 Nr. 10, § 711 ZPO.	45
Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO hierfür nicht vorliegen. Es geht im vorliegenden Verfahren im wesentlichen um Tatsachenfragen und im übrigen um die Anwendung geltenden Rechts sowie der hierzu in Rechtsprechung und Literatur entwickelten und allgemein anerkannten Grundsätze und damit um eine Einzelfallentscheidung.	46
Berufungsstreitwert: 160.000 Euro (vgl. Senatsbeschluss vom 18. Juni 2008).	47
