

OLG Zweibrücken 5. Zivilsenat, Urteil vom 27.07.2004, Aktenzeichen: 5 U 15/02

Leitsatz

1. Zur Haftung des Krankenhausträgers für die Folgen einer im Krankenhaus erlittenen Infektion wegen einer vermeidbaren Keimübertragung bei mangelhaften hygienischen Zuständen.
2. Im Jahre 1996 bestanden in Deutschland keine einheitlichen oder verbindlichen Kriterien für ein Überwachungssystem betreffend nosokominale Infektionen.
3. Eine Datenerfassung nach KISS-Kriterien (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) oder NNIS-Kriterien (National-Nosocomial-Infections-Surveillance) wurde erstmals 1997 in Deutschland begonnen und ist auch heute noch kein verpflichtender Standard.

Tenor

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil der 7. Zivilkammer des Landgerichts Frankenthal (Pfalz) vom 12. April 2002 wird zurückgewiesen.
- II. Der Kläger hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.
- III. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.
- IV. Die Revision gegen das Urteil wird nicht zugelassen.

Gründe

I.
Der im Jahr 1962 geborene Kläger erlitt im November 1994 bei einem Arbeitsunfall eine Außenbandruptur am oberen linken Sprunggelenk, die mit einer Naht versorgt wurde. Wegen anhaltender Beschwerden kam es mehrfach zu Revisionen am linken Innenknöchel, die ohne Erfolg blieben.

Wegen fortdauernder Beschwerden begab sich der Kläger zunächst in ambulante, am 16. Oktober 1996 in stationäre Behandlung in das von dem Beklagten zu 1) betriebene Krankenhaus. Am gleichen Tag unterzeichnete er eine schriftliche Einwilligungserklärung für die Durchführung einer Sprunggelenksarthroskopie wegen des Verdachts einer Osteochondrosis und gegebenenfalls offenen Reposition (Arthrotomie), die am 21. Oktober 1996 von dem Beklagten zu 4) vorgenommen wurden. In der Folgezeit trat eine Wundheilungsstörung auf. Der Wundabstrich ergab eine Infizierung mit Staphylococcus aureus. Die anschließende Antibiotikum-Behandlung führte nicht zu einem Abklingen der Infektion. Am 27. Oktober 1996 musste notfallmäßig eine weitere operative Revision vorgenommen werden, die der Beklagte zu 3) durchführte. Wegen fortdauernder Wundheilungsstörungen wurde am 18. Dezember 1996 eine Brevis-Lappenplastik vom linken Fußrücken zum linken Knöchel hergestellt. Nach Entlassung aus der stationären Behandlung am 10. Januar 1997 und erneuter Aufnahme am 27. Januar 1997 wurde am 17. Februar 1997 eine Arthrodesse des linken oberen Sprunggelenks (Versteifung) vorgenommen. Daran anschließend waren mehrfache weitere stationäre Behandlungen und operative Revisionen beim Kläger erforderlich.

Der Kläger hat geltend gemacht:

Die am 21. Oktober 1996 durchgeführte Arthroskopie mit nachfolgender Arthrotomie sei nicht indiziert gewesen. Der hygienische Zustand in der Klinik sei schlichtweg katastrophal gewesen; Waschräume wie Toiletten seien erheblich verunreinigt gewesen. Das Auftreten der Infektion spreche dafür, dass mit verunreinigten, jedenfalls nicht ausreichend sterilisierten Gegenständen gearbeitet worden sei. Schließlich liege auch ein Aufklärungsverstoß vor, da er auf Risiken der Arthroskopie und der nachfolgenden Arthrotomie nicht hingewiesen worden sei. Wären Komplikationen angesprochen worden, hätte er seine Zustimmung zum Eingriff nicht erteilt. Er – der Kläger – sei durchgehend seit Oktober 1996 erwerbsunfähig. Unter Berücksichtigung des von ihm bezogenen Verletzten- und Übergangsgeldes betrage sein Verdienstausfall bis September 1999 43 401,-- DM.

Der Kläger hat beantragt,

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes, der Höhe nach in das Ermessen des Gericht gestelltes Schmerzensgeld, nicht jedoch unter 60 000,00 DM, zu zahlen;
2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 43 401,00 DM nebst 4 % Zinsen hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen;

3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, ihm jeglichen künftigen materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, soweit dieser nicht von Versicherungsträgern oder Dritten übernommen wird.

Die Beklagten haben beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie haben geltend gemacht:

Die am 21. Oktober 1996 vorgenommene Arthroskopie und nachfolgende Arthrotomie seien medizinisch indiziert gewesen und alle nach dem Desinfektionsplan erforderlichen Maßnahmen beachtet worden. Das Entstehen einer Infektion beim Verbandswechsel sei hier praktisch ausgeschlossen. Über die Risiken sei der Kläger ausdrücklich aufgeklärt worden, insbesondere auch über das Risiko einer Infektion bzw. einer Wundheilungsstörung.

Die Zivilkammer hat nach Beweiserhebung durch Einholung von Sachverständigengutachten und Zeugenvernehmung die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils wird Bezug genommen.

Der Kläger verfolgt mit der Berufung seine Klageanträge Ziffer 1. und 2. weiter.

Er macht noch geltend:

Er sei von Dr. P. nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden; es sei lediglich in einem kurzen Gespräch von einem Routineeingriff gesprochen worden. Die von ihm unterzeichnete Einwilligungserklärung habe die handschriftlichen Vermerke nicht aufgewiesen. Mit keinem Wort seien Infektionen und deren mögliche Folgen erwähnt worden. Da schwere Operationsfolgen unerwähnt geblieben seien, fehle schon die erforderliche Grundaufklärung. Bei ordnungsgemäßer Aufklärung hätte er dem Eingriff nicht zugestimmt.

Er bleibe auch dabei, dass die wiederholte Arthroskopie medizinisch nicht indiziert gewesen sei. Der Sachverständige Prof. Dr. R. habe zu dieser Frage keine Stellungnahme abgegeben.

Die mangelhaften hygienischen Zustände seien durch die vorgelegten Lichtbilder belegt. Ebenso ergäben sie sich aus der unbestrittenen Infektionsrate von 2,6 % und entsprechenden Äußerungen der Patienten und der Stationsschwester, wonach sich der Kläger den Hauskeim eingefangen habe. Der Sachverständige habe entgegen den Ausführungen der Kammer dargelegt, dass eine Beurteilung der hygienischen Zustände aufgrund der von den Beklagten vorgelegten Unterlagen nicht möglich sei. Er – der Kläger - könne insoweit von einer Beweislastumkehr zu seinen Gunsten ausgehen.

Der Kläger beantragt,

1. unter Aufhebung und Abänderung des erstinstanzlichen Urteils die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes, der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes, jedoch einen Betrag von 30 677,51 EUR nicht unterschreitendes Schmerzensgeld zu zahlen;

2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 22 190,58 EUR nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit bis 30. April 2001 sowie 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit 1. Mai 2001 zu zahlen.

Die Beklagten beantragen,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie machen noch geltend:

Die Behauptung einer nachträglichen Ergänzung des Aufklärungsbogens sei durch Vernehmung des Zeugen Dr. P. widerlegt. Die in der Berufungsbegründung angebotenen weiteren Beweismittel seien unzulässig bzw. ungeeignet.

Ein Entscheidungskonflikt des Beklagten werde vorsorglich bestritten.

Im Übrigen beschränke sich der Kläger lediglich auf die Wiederholung seines erstinstanzlichen Vorbringens.

Der Senat hat im Berufungsverfahren weiteren Beweis erhobenen gemäß dem Beschluss vom 17. Dezember 2002 (Blatt 236 der Akten) durch Einholung eines mikrobiologischen Fachgutachtens des Universitätsprofessors Dr. med. ... H. Auf das schriftliche Gutachten vom 29. April 2004 (Blatt 269 folg. der Akten nebst Anlagen) sowie die mündliche Erläuterung gem. Protokoll vom 29. Juni 2004 (Blatt 307 folg. der Akten) wird Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung des Klägers bleibt ohne Erfolg. Das Landgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Der Kläger hat nicht vorgetragen, im Rahmen einer Wahlleistungsvereinbarung oder eines Arztsatzvertrages eine vertragliche Beziehung zu den Beklagten zu 2 bis 4 eingegangen zu sein. Im Rahmen eines einheitlichen Krankenhausaufnahmevertrages kommt eine vertragliche Haftung somit allein für den Beklagten zu 1 in Betracht. Die Beklagten zu 2 bis 4 können gegenüber dem Kläger allein deliktisch nach den §§ 847, 831 BGB alter Fassung haften.

Eine Haftung für die Folgen des operativen Eingriffs vom 21. Oktober 1996 wegen unwirksamer Einwilligung des Klägers wurde vom Landgericht verneint. Die auf eine unzureichende Aufklärung gestützte Klage ist von vornherein unschlüssig, soweit es die Beklagten zu 2 bis 4 betrifft. Das Aufklärungsgespräch wurde unstreitig von dem Zeugen Dr. P. geführt. Im Rahmen der Arbeitsteilung bei einer stationären Krankenhausbehandlung ist die fehlende Personenidentität von Operateur und Aufzuklärendem regelmäßig nicht zu beanstanden (vgl. dazu etwa: Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 4. Aufl., Teil C, Rdnrn. 106 ff, 108). Der Operateur Dr. S. durfte aufgrund der dokumentierten Aufklärung von einer wirksamen Einwilligungserklärung ausgehen. Wenn denn entsprechend der Behauptung des Klägers ein Aufklärungsgespräch nicht ordnungsgemäß geführt worden sein sollte, wäre dafür Dr. P. verantwortlich. Für eine unzureichende Aufklärung könnte somit lediglich eine Haftung des Beklagten zu 1) in Betracht kommen.

Die Kammer ist aufgrund der Aussage des Zeugen Dr. P. und des Inhalts der schriftlichen Einwilligungserklärung vom 16. Oktober 1996 davon ausgegangen, dass der Kläger im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs u. a. über die allgemeinen Risiken des Eingriffs, insbesondere das Risiko einer Infektion oder Wundheilungsstörung unterrichtet worden war. Eine ausreichende Klärung des Sachverhalts hierzu ist nicht deshalb in Zweifel zu ziehen, weil sich der Zeuge nur dazu geäußert hat, wie er im allgemeinen Aufklärungsgespräche dieser Art geführt hat. Im Hinblick auf die Vielzahl der im klinischen Alltag zu führenden Gespräche dieser Art und dem bis zur Vernehmung des Arztes verstrichenen Zeitraum - hier nahezu vier Jahre – fehlt häufig eine Erinnerung an den Einzelfall. Einer ausreichenden Dokumentation zum Inhalt der Patientenaufklärung kommt daher zu Gunsten der Behandlungsseite Indizwirkung zu.

Diese Indizwirkung ist vorliegend nicht dadurch erschüttert, dass Anhaltspunkten für eine nachträgliche handschriftliche Ergänzung der Einwilligungserklärung vorlägen. Die Zivilkammer hat auch hierzu den Zeugen Dr. P. gehört. Von diesem wurde eine nachträgliche Veränderung in Abrede gestellt. Für eine Parteivernehmung des Klägers lagen in erster Instanz die gesetzlichen Voraussetzungen der §§ 447, 448 ZPO nicht vor. Für das Berufungsverfahren sind die erstmals hierzu benannten Beweismittel einer Parteivernehmung des Klägers und eines grafologischen Gutachtens bereits nach § 531 Abs. 2 ZPO ausgeschlossen.

Das Landgericht ist auf der Grundlage des orthopädischen Sachverständigengutachtens des Prof. Dr. med. R. vom 25. Mai 2001 davon ausgegangen, dass die Arthroskopie und Arthrotomie indiziert gewesen seien. Die Behauptung der Berufung, das Gutachten nehme zu dieser Frage keine Stellung, ist unzutreffend. Auf Seite 15 des genannten Gutachtens heißt es vielmehr wörtlich:

"An der Indikation zu der Arthroskopie und Arthrotomie am 21.10.1996 lässt sich kein vermeidbarer Arztfehler feststellen."

Mit der Berufung wird allerdings zu Recht geltend gemacht, dass der Sachverhalt zu der Behauptung des Klägers, die Infektion sei auf mangelhafte hygienische Zustände zurückzuführen, nicht hinreichend in erster Instanz geklärt wurde. Dies ergibt sich ohne weiteres aus der ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. R. vom 7. Januar 2002. Danach ist eine Beurteilung nur aufgrund ausreichenden statistischen Materials für das Krankenhaus des Beklagten zu 1 möglich.

Die allgemeine und spezifische Hygiene gehört zum pflegerischen Bereich, für dessen Einhaltung, Überwachung und Kontrolle nicht der ärztliche Dienst, sondern der Krankenhausträger bzw. dessen pflegerische Leitung zuständig und für Fehler haftbar ist. Insoweit findet der Rechtsgedanke des § 282 BGB entsprechende Anwendung, als es um den Bereich des voll beherrschbaren Risikos der allgemeinen Gewähr hygienischer Verhältnisse geht (BGH VersR 1999, 60; OLG Düsseldorf, AHRs 0930/11; Geiß/Greiner aaO, Teil B, Rdnr. 214 m. e. N.). Absolute Keimfreiheit des ärztlichen Personals und weiterer Operationsbeteiligter ist allerdings nicht zu erreichen, so dass Keimübertragungen, die sich trotz Einhaltung der gebotenen hygienischen Vorkehrungen ereignen, zum entschädigungslos bleibenden Krankheitsrisiko des Patienten gehören. Eine Haftung des Krankenhausträgers setzt somit voraus, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich hervorgegangen ist und sich der Krankenhausträger nicht entsprechend § 282 BGB

entlasten kann (BGH, VersR 1991, 467 = NJW 1991, 1541; VersR 1971, 227 = AHRS 6330/1 und 6575/3; Geiß/Greiner aaO, Teil B, Rdnr. 245 m. w. N.). Hierfür ist maßgeblich, dass sich Risiken verwirklicht haben, die nicht vorrangig aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus erwachsen, sondern durch den Krankenhausbetrieb gesetzt werden und von dem Träger des Krankenhauses und dem dort tätigen Personal beherrscht werden können (BGH aaO).

Vorliegend hat der Kläger hinreichend substantiiert geltend gemacht, dass die hygienischen Zustände auf der Krankenstation, hierbei insbesondere betreffend die Reinigung der Duschen und Toiletten, mangelhaft gewesen sei und zu einer überdurchschnittlichen Infektionsrate von 2,6 % geführt habe.

Der Senat hat hierzu ein mikrobiologisches Fachgutachten eingeholt, das nach Auswertung von OP - Daten der Jahre 1993 bis 1999, Daten zu durchgeführten Revisionsoperationen der Jahre 1995 bis 2002 sowie einer Infektstatistik für die Jahre 1994 bis 2001 zu der Beurteilung kommt, dass weder im Vergleich mit Literaturangaben, mit standardisierten Erfassungssystemen zur Krankenhaushygiene (OP – Kiss -System bzw. NNIS - Kriterien) noch im Vergleich mit Daten der Klinik des Beklagten zu 1 aus den Monaten vor und nach der stationären Behandlung des Klägers eine auffallend hohe Infektionsrate mit Staphylococcus aureus vorlag, die Veranlassung zu besonderen organisatorischen Maßnahmen hätte geben müssen.

Gemäß der mündlichen Erläuterung des Sachverständigen Prof. Dr. H. bieten die statistischen Unterlagen des Beklagten zu 1 Anhaltspunkte, um Entwicklungen von Infektionen beurteilen zu können. Die Datenerfassung entspricht allerdings nicht den weitergehend differenzierten Überwachungssystemen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) in Deutschland oder des National-Nosocomial-Infections-Surveillance (NNIS) in den USA mit jeweils einheitlichen Erfassungsmethoden und Referenzdatenbanken (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokominalen Infektionen beim Robert-Koch-Institut). Ein direkter Vergleich mit den von dem Beklagten zu 1 ermittelten Infektionsraten ist vorliegend daher allenfalls annäherungsweise möglich.

Auf Grund der Ausführungen des Sachverständigen steht aber fest, dass eine Erfassung nach KISS - bzw. NNIS -Kriterien in Deutschland erst im Jahr 1997 begonnen wurde und auch heute nicht als verpflichtender Standard anzusehen ist. Im Jahr 1996 bestanden keine einheitlichen oder verbindlichen Kriterien für ein Überwachungssystem nosokominaler Infektionen in Deutschland. Eine Verpflichtung zur fortlaufenden gesonderten Erfassung von nosokominalen Infektionen durch die Leiter von Krankenhäusern wurde erstmals durch § 23 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl Teil I, 1045) gesetzlich begründet.

Es kann daher vorliegend nicht festgestellt werden, dass der Beklagte zu 1 als Träger des Krankenhauses oder der Beklagte zu 2 als Chefarzt pflichtwidrig Maßnahmen unterlassen hätten, die geeignet gewesen wären, die beim Kläger aufgetretene Infektion zu vermeiden. Eine Haftung der Beklagten zu 3 und 4 als angestellten Krankenhausärzten scheidet in diesem Zusammenhang von vornherein aus.

Der Kläger hat gem. § 97 Abs. 1 ZPO die Kosten des somit erfolglosen Berufungsverfahrens zu tragen.

Der Ausspruch zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr. 10, 713 ZPO. Gründe, gem. § 543 Abs. 2 ZPO die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben.