

LG Freiburg (Breisgau) 2. Zivilkammer, Urteil vom 30.10.2007, Aktenzeichen: 2 O 194/06

Leitsatz

1. Die S 1 Leitlinie der AWMF - Leitlinien-Register Nr. 029/006 - verlangt für die intraartikuläre Injektion das Tragen steriler Handschuhe. Der Verstoß gegen diese Leitlinie stellt einen groben Behandlungsfehler dar.

2. Zumindest hat die Behandlerseite darzulegen und zu beweisen, dass die aufgetretene Infektion mit dem Staphylococcus aureus - Erreger nicht auf dem Weg in den Körper des Patienten gekommen ist, der durch den Verstoß eröffnet wurde (Injektion ohne Handschuhe).

Tenor

1. Die Beklagten werden gesamtschuldnerisch verurteilt, € 20.000,00 nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz nach § 1 DÜG seit dem 18.12.2003 an die Klägerin zu zahlen.
2. Es wird festgestellt, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, der Klägerin jeden weiteren Schaden aus der intraartikulären Injektion von 5 ml Carbostesin am 18.12.2003 sowie nochmaliger intraartikulärer Injektion vom 20.12.2003 mit 5 ml Carbostesin und 40 mg Triam zu ersetzen, soweit nicht Ansprüche der Klägerin auf Sozialversicherungsträger oder sonstige übernahmebereite Dritte übergegangen sind bzw. übergehen.
3. Die Beklagten tragen die Kosten des Verfahrens.
4. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages vorläufig vollstreckbar.

Tatbestand

Die Klägerin befand sich zur Rehabilitationsbehandlung nach einer Schulteroperation in der Klinik der Erstabklagten, weil sie unter anhaltenden Schmerzen litt.

Sie macht Schadensersatz geltend anlässlich zweier intraartikulärer Injektionen, die der Zweitbeklagte, Chefarzt der Erstabklagten, vorgenommen hat.

Bei der Klägerin war eine RM-Ruptur diagnostiziert worden und im Anschluss eine RM-Rekonstruktion und eine offene Acromioplastik durchgeführt worden. Etwa ein halbes Jahr nach der Operation begann die Rehabilitationsbehandlung der Klägerin ab dem 02.12.2003 bei der Erstabklagten. Zunächst erhielt die Klägerin eine medikamentöse Schmerzbehandlung. Am 08.12.2003 erfolgte eine erste Injektion durch den Oberarzt Dr. O und zwar eine subacromiale Infiltrationsbehandlung mit 5 ml Carbostesin und 40 mg Triam, wobei diese Injektionen periartikulär (also nicht in das Gelenk) durchgeführt wurde.

Es schlossen sich die beiden streitgegenständlichen intraartikulären Injektionen (in das linke Schultergelenk) an. Diese Injektionen wurden vom Zweitbeklagten durchgeführt.

Am 22.12. und 24.12.2003 zeigte sich eine Schmerzzunahme bei unauffälligem Lokalbefund. Erstmals am 26.12.2003 - immer noch Schmerzen - erhöhte sich die Temperatur auf 37,5 °C. Der Urlaubsvertreter des Zweitbeklagten behandelte die Klägerin antibiotisch mit Cedrox 3 x 1 g, die Klägerin sollte das Gelenk kühlen, schonen und es sollte eine angepasste Schmerztherapie stattfinden.

Die Situation der Klägerin verschlechterte sich am 27.12.2003 rasch. Es kam zu einer ausgedehnten Schwellung und Rötung der linken Schulter mit Ausdehnung bis zum Ellenbogen. Die Klägerin wurde notfallmäßig verlegt in die orthopädische Universitätsklinik Heidelberg. Dort wurde eine Infektion mit dem Staphylococcus aureus festgestellt.

Es schlossen sich Behandlungen der Klägerin in der Universitätsklinik Heidelberg an, bei ihrem Hausarzt Dr. B. und eine weitere Reha-Behandlung in der S-Klinik in Bad Schönborn an.

Gemäß Bescheid vom 13.10.2005 der Rentenversicherung Baden-Württemberg ist die Klägerin eingeschränkt arbeitsfähig. Sie ist auf dauernde Schmerzmitteleinnahme angewiesen.

Die Klägerin behauptet,

die intraartikuläre Injektion in das bereits vorgeschädigte linke Schultergelenk sei wegen der damit verbundenen Infektionsgefahr nicht nötig gewesen. Weniger riskant und ebenso aussichtsreich sei in erster Linie eine konservative Behandlung gewesen, in zweiter Linie eine periartikuläre Injektion. In dieser Reihenfolge (konservativ, periartikulär, intraartikulär) hätte die medizinische Behandlung erfolgen müssen. Schon die periartikuläre Injektion sei mit geringeren Risiken verbunden gewesen als die intraartikuläre Injektion.

Der Eingriff selbst sei vom Zweitbeklagten falsch durchgeführt worden. Der Zweitbeklagte habe ohne Handschuhe gearbeitet, die ganze Behandlung sei "ruck-zuck" gegangen. Der Zweitbeklagte habe den Wundbereich nicht ausreichend desinfiziert, bevor er die Spritze gesetzt habe. Schließlich habe der Zweitbeklagte unsteriles Mukozell verwendet und nicht, was bei Anwendung der so genannten Wischmethode erforderlich gewesen wäre, sterilen Kompressen. Über das mit dem Eingriff verbundene Infektionsrisiko sei sie nicht aufgeklärt worden.

Die Beklagten hätten die ab 22.12.2003 beginnenden starken Schmerzen der Klägerin, die ein eindeutiger Hinweis auf einen septischen Befund gewesen seien, nicht beherrschen können, sie hätten vielmehr unspezifisch mit einer antibiotischen Behandlung begonnen. Aufgrund der ausgehenden Entzündung im linken Schultergelenk habe sich die Klägerin am 30.01.2004, 03.02.2004, 06.02.2004 und schließlich 05.03.2004 nachbehandeln lassen müssen. Die Klägerin sei aufgrund der Injektion nur eingeschränkt arbeitsfähig und auf eine dauernde Schmerzmitteleinnahme des Präparats Valoron angewiesen.

Aufgrund dieser Behandlungsfehler sei die Klägerin dauerhaft in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt mit entsprechenden Vermögenseinbußen. Der Bescheid der Rentenversicherung Baden-Württemberg vom 13.10.2005 sei insofern zutreffend.

Die Klägerin beantragt:

1. Die Beklagten werden gesamtschuldnerisch verurteilt, € 20.000,00 nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz nach § 1 DÜG seit dem 18.12.2003 an die Klägerin zu zahlen.
2. Es wird festgestellt, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, der Klägerin jeden weiteren Schaden aus der intraartikulären Injektion von 5 ml Carbostesin am 18.12.2003 sowie nochmaliger intraartikulärer Injektion vom 20.12.2003 mit 5 ml Carbostesin und 40 mg Triam zu ersetzen, soweit nicht Ansprüche der Klägerin auf Sozialversicherungsträger oder sonstige übernahmebereite Dritte übergegangen sind bzw. übergehen.

Die Beklagten beantragen

Klagabweisung.

Sie machen geltend, die periartikuläre Injektion weise die gleichen allgemeinen und spezifischen Risiken auf wie die intraartikuläre Spritzenbehandlung. Sie stelle deshalb keine gefahrerhöhenden Momente dar, weshalb über derartige Umstände auch nicht aufgeklärt werden müssen. Das Tragen von Handschuhen bei derartigen Injektionen sei nicht obligatorisch.

Die Klägerin habe eine vorgeschlagene orale Therapie mit Analgetika und Antiphlogistika abgelehnt. Der Zweitbeklagte habe die Klägerin, bevor er die intraartikuläre Injektion durchgeführt habe, darauf hingewiesen, dass es zu Komplikationen und Entzündungen kommen könne. Die Durchführung der Injektionen vom 18. und 20.12.2003 sei entsprechend dem medizinischen Stand erfolgt. Die Haut im Schulterbereich sei reichlich desinfiziert worden und zwar durch dreimalige mechanische Reinigung nach Vorsprühen mit Kodan. Die Infiltration selbst sei erst 60 bis 70 Sekunden nach nochmaligem Besprühen mit Kodan erfolgt. Da die Infektionsstelle markiert gewesen sei, sei die Haut in diesem Bereich mit dem Finger nicht mehr berührt worden.

Auch die Behandlung der Klägerin mit der Gabe von Cedrox habe dem medizinischen Standard entsprochen.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens, das mündlich erläutert wurde. Die Klägerin sowie der Zweitbeklagte wurden angehört, § 141 ZPO. Auf das schriftliche Gutachten vom 19.06.2007 und das Protokoll vom 08.10.2007 wird verwiesen.

Wegen des Vortrages im Übrigen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

zum Seitenanfang

Entscheidungsgründe

Die Klage ist begründet.

Die Erstbeklagte haftet aufgrund des mit der Klägerin geschlossenen Behandlungsvertrages aus §§ 280 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB. Dabei hat die Erstbeklagte das Verschulden des Zweitbeklagten gem. § 278 BGB zu vertreten und dessen deliktisches Fehlverhalten gem. §§ 823 Abs. 1, 31, 89 BGB.

Der Zweitbeklagte haftet deliktisch, §§ 823 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB.

I.

Haftung dem Grunde nach.

Den Beklagten sind Behandlungsfehler und Aufklärungsfehler anzulasten.

1. Behandlungsfehler

Aufgrund des Sachverständigengutachtens steht folgendes fest:

Die intraartikuläre Injektion ist in der AWMF-Leitlinie (Registernummer 029/006 Entwicklungsstufe: 1 + IDA) mit dem Stand April 2003 beschrieben. Diese Leitlinie schreibt das Tragen von Handschuhen bei der Ausführung einer intraartikulären Injektion vor.

Das Infektionsfeld ist, ausgehend von dieser Leitlinie entweder im so genannten Sprühverfahren vorzubereiten oder im so genannten Wischverfahren. Die Leitlinie führt hierzu aus:

"Die Injektionsstelle und ihre Umgebung sind antiseptisch zu behandeln, nötigenfalls vorher zu reinigen ... aufbringen des Antiseptikums im Sprüh- oder Wischverfahren. Die satte Benetzung der Haut ist erforderlich. Eine Einwirkzeit von einer Minute darf nicht unterschritten werden ... Bei Wischdesinfektion sind Materialien zu verwenden, die den Anforderungen an aseptisches Vorgehen genügen."

Der Sachverständige hat ausgeführt, es entspreche dem medizinischen Standard, entweder das Sprüh- oder das Wischverfahren anzuwenden. In Bezug auf das Wischverfahren seien dann sterile Kompressen zu verwenden, die mittels einer Zange aus der Verpackung herausgenommen und dann zum Wischen benutzt werden.

Auf die Frage des Kläger-Vertreters, wie der Sachverständige die Durchführung einer intraartikulären Injektion ohne Handschuhe bewerten würde, wenn er sie bei einem seiner Oberärzte feststellen würde, hat der Sachverständige ausgeführt: Das wäre indiskutabel.

Allerdings, so der Sachverständige, gibt es immer noch eine nennenswerte Anzahl von Ärzten, die derartige Injektionen ohne Handschuhe durchführen. Von daher hat er die Auffassung vertreten, dass im Jahre 2007 mehrheitlich das Spritzen ohne Handschuhe noch nicht als grober Behandlungsfehler eingestuft werden würde.

Was die Behandlung der auftretenden Infektion angeht, so hat der Sachverständige ausgeführt, dem medizinischen Standard hätte es entsprochen, sofort ein Punktat zu entnehmen, um den Erreger zu bestimmen. Andernfalls laufe man Gefahr, den Erreger nicht mehr bestimmen zu können. Die durchgeführte unspezifische Behandlung der Klägerin am 26.12.2006 stellt nach Ansicht des Sachverständigen deshalb einen Behandlungsfehler dar.

Zur Indikation der intraartikulären Injektion (im Gegensatz zur medikamentösen Behandlung oder einer periartikulären Injektion) hat der Sachverständige ausgeführt:

Die medikamentöse Behandlung hat offensichtlich nicht zu einem Erfolg geführt. Deshalb war die intraartikuläre Injektion durchaus indiziert. Es kann sein, dass auch eine periartikuläre Injektion geholfen hätte. Jedenfalls besteht in Bezug auf die Infektionsgefahr ein Unterschied zwischen der periartikulären und der intraartikulären Injektion. Bei letzterer ist die Infektionsgefahr größer.

Ausgehend von diesem Beweisergebnis hat der Zweitbeklagte in mehrfacher Hinsicht Behandlungsfehler begangen:

Es stellt einen schweren Behandlungsfehler dar, die intraartikuläre Injektion ohne Handschuhe durchzuführen. Denn der medizinische Standard, ausgewiesen in der AWMF-Leitlinie der Stufe 1, ist damit unterschritten. Der Sachverständige hat eine solche Art und Weise der Injektion als indiskutabel bezeichnet.

Des Weiteren hat der Zweitbeklagte die Infektionsstelle nicht dem medizinischen Standard entsprechend desinfiziert. Er hat eine Mischung aus Sprüh- und Wischverfahren gepflogen. Richtig wäre es gewesen, sich für einen dieser beiden Wege zu entscheiden.

Ob der Zweitbeklagte sterile Kompressen verwendet hat, das ist offen. Legt man die Schilderung der Klägerin hierzu zugrunde, wonach der Zweitbeklagte die Tupfer von einer Rolle abgezogen habe, dann hat der Zweitbeklagte mit unsterilem Mukozell gewischt, was einen weiteren Behandlungsfehler darstellen würde. Das Gericht ist sich aber nicht sicher, ob der Zweitbeklagte nicht doch, was er bekundet hat, unmittelbar vor dem Eingriff Kompressen aus der sterilen Verpackung genommen hat. In diesem Zusammenhang ist dem Zweitbeklagten aber wiederum anzulasten, dass er dies in unsteriler Art und Weise getan hat, indem er die sterilen Kompressen mit der nicht sterilen Hand ausgepackt und aufgenommen hat. Der Sachverständige hat hierzu ausgeführt, die sterilen Kompressen werden mit einer hierfür geeigneten Zange entnommen und so wird auch der Wischvorgang durchgeführt. Letztendlich ist es so, dass der Zweitbeklagte deshalb, weil er ohne Handschuhe gearbeitet hat, den Hygienevorteil, den die Verwendung steriler Kompressen dar-

stellt, aufgibt, weil Keime von der ungeschützten Hand auf das Kompressenmaterial wandern können.

Offen geblieben ist, ob der Zweitbeklagte mindestens 60 Sekunden gewartet hat, bis er die Spritze gesetzt hat. In diesem Punkt widersprechen sich die Angaben der Parteien, die Klägerin sprach davon, die Behandlung sei "ruck-zuck" gegangen, während der Zweitbeklagte ausgeführt hat, er habe nach Vorbereitung der Injektionsstelle zunächst die Spritze aufgezogen und den weiteren Eingriff vorbereitet, was mindestens eine Minute in Anspruch genommen hätte.

Ein weiterer Behandlungsfehler ist dem Urlaubsvertreter des Zweitbeklagten unterlaufen. Er hat die Klägerin unspezifisch medikamentös behandelt, als sich ein Infektionsverdacht ergeben hat. Der Urlaubsvertreter des Zweitbeklagten hätte aber sofort ein Punktat nehmen müssen - Sachverständigengutachten S. 29 - um den Erreger zu bestimmen. Diesen Fehler des Urlaubsvertreters muss sich der Zweitbeklagte deliktisch anrechnen lassen. Denn er ist als Chefarzt verantwortlich für die allgemeine Hygiene (BGH VI ZR 171/81 Urteil v. 07.06.1983 VersR 1983, 735). Das bedeutet, es wäre Sache des Zweitbeklagten gewesen, geeignete Anweisungen insbesondere an seinen Urlaubsvertreter zu erteilen, wie er sich im Falle eines Infektionsverdachts zu verhalten hat. Der Zweitbeklagte hätte also seinen Urlaubsvertreter darauf hinweisen und ihn darüber belehren müssen, dass in solchen Fällen eine unspezifische Behandlung die Bestimmung des Erregers erschweren kann, weshalb es angezeigt ist, sofort ein Punktat zur Bestimmung des Erregers zu entnehmen.

2. Der Zweitbeklagte hat die Klägerin nicht hinreichend aufgeklärt.

Die Klägerin hat bei ihrer Anhörung angegeben, überhaupt nicht aufgeklärt worden zu sein, während der Beklagte ausgeführt hat, er habe die Klägerin auf mögliche Komplikationen und Vereiterungen hingewiesen.

Selbst wenn der Beklagte die Klägerin in dieser Form belehrt hätte, so wäre diese Belehrung unzureichend gewesen mit der Folge, dass die von der Klägerin erteilte Einwilligung in beide Eingriffe nicht wirksam war.

Rechtlich war die vom Beklagten erteilte Aufklärung unter zwei Gesichtspunkten fehlerhaft:

Er hat die Klägerin nicht hinreichend auf das mit dem Eingriff verbundene Risiko aufgeklärt (Risikoaufklärung) und er hat nicht verdeutlicht, dass es Alternativen zu der von ihm gewählten Behandlung gibt, die zwar mit geringerer Erfolgsaussicht verbunden gewesen sein mögen, dafür aber auch ein geringeres Risiko dargestellt hätten.

Bei der Risikoaufklärung muss der Arzt den Patienten über eingriffsspezifische Risiken aufklären, d.h. über Risiken, die dem Eingriff anhaften und ihm eigentümlich sind (BGH NJW 1996, 779; OLG Karlsruhe GesR 2005, 165). Dabei muss dem Patienten die Möglichkeit des Risikos deutlich vor Augen geführt werden. Der Patient muss selbst beurteilen können, ob er das ihm aufgezeigte Risiko eingehen will, um den Behandlungserfolg zu erreichen.

Das Risiko, das die Klägerin mit dieser Behandlung eingegangen ist und das sich auch verwirklicht hat, dieses Risiko ist mit den Stichworten Komplikationen und Vereiterung nur unzureichend beschrieben. Die Klägerin hat infolge dieses fehlerhaften Eingriffs eine dauerhafte Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit erlitten, sie muss auf unabsehbare Zeit Schmerzmittel zu sich nehmen. Mit den Stichworten Komplikation und Vereiterung sind zwar Risiken und Weiterungen eines Eingriffs angedeutet, der Laie versteht dies aber dahin, dass es sich um reparable Schäden handelt, die er infolge des Eingriffs erleiden kann. Hier aber hat sich das Risiko eines Dauerschadens verwirklicht.

Der Zweitbeklagte hat auch nicht über mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt.

Wie der Sachverständige ausgeführt hat, war die intraartikuläre Injektion zwar indiziert, möglicherweise hätte aber auch eine periartikuläre Injektion noch geholfen. Die periartikuläre Injektion ist mit geringeren Risiken verbunden als die intraartikuläre Injektion (Sachverständigengutachten Seite 25).

Der Arzt hat zwar nicht aufzuklären über theoretische Möglichkeiten, die keine ernsthafte Alternative zu der von ihm richtigerweise eingeschlagenen Therapie darstellen.

Kommen aber mehrere Alternativen für die Behandlung in Betracht und sind sie mit unterschiedlichen Risiken und Erfolgsaussichten verbunden, so muss der Arzt den Patienten über diese Möglichkeiten aufklären (BGH Urteil vom 15.03.2005, VI ZR 313/03 GesR 2005, 255: Zur Alternative konservative oder operative Behandlung eines gebrochenen Handgelenkes). Auch hier ist dem Patient zu sagen, welches Risiko er für welche Erfolgchance eingehen müsste. Es ist dem Pati-

enten zu überlassen, ob er ein größeres Risiko für eine größere Erfolgschance eingehen will oder ob er zunächst noch einen Versuch unternehmen will, der mit geringeren Risiken verbunden ist. Bezogen auf den vorliegenden Fall hätte also der Zweitbeklagte der Klägerin sagen müssen, dass unter Umständen auch eine nochmalige periartikuläre Injektion in Betracht kommt, wenngleich der Versuch, die Schmerzen mit Hilfe einer solche Injektion zu lindern, schon einmal gescheitert ist.

Die Klägerin hat bei ihrer Anhörung glaubhaft dargelegt, im Falle einer vollständigen Aufklärung über die tatsächlich bestehenden Risiken einer intraartikulären Injektion zumindest in einen Entscheidungskonflikt geraten zu sein. Sie hat darüber hinaus sogar ausgesagt, sie hätte bei vollständiger Aufklärung eine solche Behandlung abgelehnt. Das Gericht übersieht nicht, dass die Klägerin Schmerzen hatte und deshalb etwas geschehen musste. Gleichwohl ist der von ihr dargestellte Entscheidungskonflikt plausibel. Die Klägerin wollte auf keinen Fall irgendein Risiko eingehen. Es mag sein, dass sie diese Haltung bei mehreren erfolglosen Versuchen einer periartikulären Injektion oder weiterer medikamentöser Behandlung aufgegeben hätte, abzustellen ist aber auf den Zeitpunkt der Aufklärung und des Eingriffs und hier hat die Klägerin unwiderlegt und plausibel geltend gemacht, sie wäre mit einer intraartikulären Injektion bei gehöriger Aufklärung nicht einverstanden gewesen.

Eine hypothetische Einwilligung der Klägerin ist nicht festzustellen.

Das Oberlandesgericht Koblenz (Urteil vom 01.04.2004, 5 U 1086/03 MedR 2005, 292) hat zwar eine hypothetische Einwilligung dann angenommen, wenn der Patient zahlreiche Risiken, über die er aufgeklärt wurde, in Kauf genommen hat, sich dann aber ein ebenfalls aufklärungspflichtiges, aber nicht in der Aufklärung erwähntes Risiko verwirklicht hat (die Klägerin hatte operationsbedingt dauerhaft verbleibende Atembeschwerden erlitten, aufgeklärt und akzeptiert hatte sie zahlreiche Risiken, wie z.B. Blutung, Nachblutung, Thrombose, Embolie, Wundinfektion, Wundheilungsstörung, Verletzung von Nerven und Gefäßen, Stimmbandhemmung, Heiserkeit bis hin zur Stimmlosigkeit, Narbenbildung).

So lag der Fall hier nicht. Die Klägerin hat nicht eine Reihe von Risiken in Kauf genommen, um zur Schmerzlinderung zu gelangen. Ausgehend von der Einlassung des Zweitbeklagten (Komplikationen, Vereiterung), hat die Klägerin lediglich vorübergehende und ausheilbare Beschwerden akzeptiert, nicht aber das Eintreten eines Dauerschadens. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass die Klägerin, wäre sie über diese Möglichkeit aufgeklärt worden, eingewilligt hätte.

II.

Schaden/Kausalität zwischen der Falschbehandlung und dem eingetretenen Schaden

Wie aufgezeigt hat der Zweitbeklagte den medizinischen Standard nicht eingehalten.

Fest steht damit allerdings noch nicht, auf welchem Wege genau der *Staphylococcus aureus* übertragen wurde.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Klägerin auch dann mit dem *Staphylococcus aureus* infiziert worden wäre, wenn der Beklagte Handschuhe getragen, sich richtigerweise für das Wisch- oder Sprühverfahren entschieden und wenn er tatsächlich 60 Sekunden gewartet hätte, bis er die Injektion durchführt.

Die Rechtsprechung arbeitet mit den Begriffen der Beweislastumkehr, der Beweiserleichterung und jüngst mit dem Anscheinsbeweis.

a) Es wird geprüft, ob der festgestellte Behandlungsfehler als solcher oder auch wegen der Häufigkeit verschiedener kleinerer für sich noch nicht grober Behandlungsfehler insgesamt als grob zu beurteilen ist (BGH VI 328/03 Urteil v. 16.11.2004, Gesundheitsrecht 2005, 68 = Arztrecht 2006, 63 = NJW 2005, 427; zur Häufung verschiedener, für sich noch nicht genommen grobe Fehler: BGH NJW 2001, 2792). Wird ein grober Behandlungsfehler festgestellt, dann kommt es zur Beweislastumkehr. Die Behandlerseite muss dann beweisen, dass der Behandlungsfehler den Primärschaden (hier die Infektion des Schultergelenks) nicht verursacht hat (die Beweislastumkehr bezieht sich nur auf den Primärschaden OLG Karlsruhe NJOZ 2006, 3042).

b) Jüngst hat der Bundesgerichtshof (VI ZR 158/06 Urteil v. 20.03.2007 NJW 2007, 1682) entschieden, dass dem Patienten der Anscheinsbeweis für Fehler im Hygienebereich gelungen ist, wenn die Behandlerseite gegen zahlreiche Anforderungen der Hygiene verstoßen hat (im konkreten Fall waren es: Fehler im Hygieneverhalten des Personals wurden nicht überprüft; Desinfektionsmittel wurden umgefüllt und nicht in Originalbehältnissen aufbewahrt; zwei von vier Alkoholen waren verkeimt; Durchstechflaschen mit Injektionssubstanzen fanden über mehrere Tage hinweg

Verwendung; Flächendesinfektionsmittel mit langer Wirkungszeit wurden zur Hautdesinfektion benutzt; vor dem Aufziehen der Spritze wurden die Hände nicht desinfiziert).

Der BGH hat in diesem Fall den Anscheinsbeweis des Patienten für Hygienefehler der Behandlerseite als geführt angesehen.

c) In Bezug auf den Verstoß gegen Leitlinien gibt es unterschiedliche Rechtsprechung. Teilweise sehen die Gerichte in dem Leitlinienverstoß bereits einen groben Behandlungsfehler dann, wenn es keinen medizinischen Grund gibt, von der Leitlinie abzuweichen (OLG Düsseldorf 8 U 99/99 Urteil v. 15.06.2000, NJW-RR 2001, 389; OLG Hamm 3 U 31/01 Urteil v. 06.05.2002, VersR 2004, 516).

Es gibt aber auch Entscheidungen von Oberlandesgerichten, die bei Leitlinienverstößen zwar einen Behandlungsfehler annehmen, den Kausalitätsnachweis aber immer noch bei dem Patienten belassen (OLG Düsseldorf 8 U 213/01 Urteil v. 27.03.2003; OLG Stuttgart 14 U 62/00 Urteil v. 22.02.2001, MedR 2002, 650, OLG Hamm 3 U 131/98 Urteil v. 11.01.1999, VersR 2000, 1373). Schließlich gibt es Entscheidungen von Oberlandesgerichten, die Leitlinien keinen besonderen Stellenwert beimessen, sondern sie lediglich als unverbindliche, quasi verbindliche Handlungsanleitung ansehen (zuletzt OLG Naumburg 1 U 1/06 Urteil v. 11.07.2006).

Die Entscheidungen, die zwar einen Behandlungsfehler annehmen, den Kausalitätsnachweis aber gleichwohl bei dem Patienten belassen, verneinen einen groben Behandlungsfehler mit der Begründung, die dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung hätte sich noch nicht in einer Weise durchgesetzt, die eine Nichtbeachtung als grob fehlerhaft erscheinen lassen würden. Z.B. komme ein grober Behandlungsfehler nicht in Betracht, wenn über die konkrete Behandlungsmethode noch diskutiert werde (OLG Hamm VersR 2000, 1373) oder wenn in den meisten anderen Krankenhäusern die geforderte Behandlung auch nicht durchgeführt werde (OLG Stuttgart, MedR 2002, 650: Thrombozytenkontrolle).

Damit argumentieren diese Spruchkörper so wie der Sachverständige im Termin. Auch er wollte einen groben Behandlungsfehler deshalb nicht bestätigen, weil es noch eine nennenswerte Zahl anderer Behandler gibt, die intraartikuläre Injektionen ohne Handschuhe durchführen.

Rechtlich spricht man von einem groben Behandlungsfehler unter folgenden Voraussetzungen:

Ein grober Behandlungsfehler liegt vor, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und dadurch einen Fehler begangen hat, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Unter diesen Voraussetzungen war das Verhalten des Zweitbeklagten grob fehlerhaft, weil er keine Handschuhe bei der intraartikulären Injektion getragen hat. Es kommt nicht darauf an, ob auch noch andere Mediziner den gleichen Fehler machen. Maßstab ist, was dem medizinischen Standard entspricht. Der medizinische Standard für intraartikuläre Injektionen ist vollkommen eindeutig, was der Sachverständige ausgeführt hat und was in der Leitlinie der AWMF mit dem Stand April 2003 niedergelegt ist. Diese Leitlinie hat zwar nicht die Stufe S 3 und ist damit keine "evidenzbasierte Konsensusleitlinie" (vgl. eingehend Hart, ärztliche Leitlinien im Medizin- und Gesundheitsrecht 2005). Hart definiert eine S 1-Leitlinie wie folgt:

Eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaft erarbeitet im informellen Konsens eine Leitlinie, die vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wird.

Die nächste Konkretisierung ist die so genannte S 2-Leitlinie, die folgende Definition hat:

Vorhandene Leitlinie der Stufe 1 werden in einem der bewährten formalen Konsensverfahren beraten und als Leitlinie der Stufe 2 verabschiedet.

Dann schließt sich die höchste Stufe, nämlich die S 3-Stufe an, die wie folgt umschrieben wird:

Die Leitlinienentwicklung der zweiten Stufe wird auf folgende Komponenten erweitert: Logik, Konsensus, Evidenz-Base Medizin, Entscheidungsanalyse, d.h. systematische Analyse der Evidenz in einem formalen Verfahren.

Wie gesagt handelt es sich hier nur um eine S 1-Leitlinie. Diese gibt aber, wie der Sachverständige bestätigt hat, den medizinischen Standard wieder.

Der Zweitbeklagte war und ist verpflichtet, Fortschritte in der medizinischen Behandlung wahrzunehmen und umzusetzen. So hat zum Beispiel das OLG Hamm (Urteil vom 27.1.1999 NJW 2000, 1801) einen groben Behandlungsfehler selbst in dem Fall angenommen, in dem die einschlägige Richtlinie für die Wiederbelebung und Notfallversorgung zum Behandlungszeitpunkt noch gar nicht

veröffentlicht war. Das OLG Hamm hat dem Arzt vorgeworfen, sich nicht mit Fachzeitschriften und zahlreichen Veröffentlichungen auseinandergesetzt zu haben, in denen die im konkreten Fall für richtig gehaltene Behandlungsmethode (nach einer Injektion von Atropin gibt man nicht Alupent, sondern Adrenalin) beschrieben worden war. Die Pflicht des Arztes zur Weiterbildung ist unter anderem niedergelegt in § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V und in § 4 Abs. 1 MBO.

b) In Anlehnung an die oben zitierte Entscheidung des BGH hat die Klägerin auch den Anscheinsbeweis für einen Fehler der Behandlerseite im hygienischen Bereich und dessen Ursächlichkeit für den Primärschaden geführt.

Der Zweitbeklagte hat ohne Handschuhe gearbeitet, er hat die Infektionsstelle nicht dem medizinischen Stand entsprechend vorbereitet und er hat seinen Urlaubsvertreter nicht darauf hingewiesen, dass bei Anzeichen einer Infektion ein Punktat zu entnehmen ist, um die Infektion gezielt bekämpfen zu können.

Es sind also insgesamt drei Behandlungsfehler festzustellen, eine Häufung, die ausreicht, um den Anscheinsbeweis im Lichte der Entscheidung des BGH als geführt anzusehen.

c) Das Gericht vertritt in Bezug auf das Abweichen von der S 1-Leitlinie der AWMF folgenden Standpunkt:

Es handelt sich um eine Leitlinie, deren Zweck u.a. darin besteht, Infektionen nach Möglichkeit entgegenzuwirken und dies in Anbetracht der Tatsache, dass es Keimfreiheit nicht gibt, sondern nur Keimarmut. Die Leitlinie beschreibt in verständlicher Weise ein geprüftes Verfahren bei der intraartikulären Injektion, das dem Infektionsrisiko des Patienten entgegengesetzt wird.

Ausgehend davon ist es angezeigt, die Beweislast punktuell umzukehren, wenn der Behandler gegen eine solche, einfach umzusetzende Leitlinie verstößt.

Der Behandler muss also darlegen und beweisen, dass die Infektion nicht auf dem Wege übertragen wurde, den er durch den Verstoß gegen die Leitlinie eröffnet hat.

Konkret auf den vorliegenden Fall bezogen heißt dies: Die Beklagten müssten darlegen und beweisen, dass das Nichttragen der Handschuhe nicht kausal für die Infektion war und ebenso wenig der Umstand, dass der Beklagte ein kombiniertes Sprüh-Wischverfahren zur Desinfektion des Infektionsfeldes angewendet hat.

Hierfür haben die Beklagten nichts vorgetragen, es ist auch nicht ersichtlich, dass eben dieser Infektionsweg ausgeschlossen ist.

III.

Schaden/Höhe des Anspruchs

Aufgrund des Sachverständigengutachtens steht fest, dass die Klägerin dauerhaft in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist. Der Sachverständige hat ausgeführt, gerade bei Schulterinfektionen entstünden in vielen Fällen Verklebungen der Gelenkhäute, die sich nicht spontan lösen würden. Ein solcher Zustand schein bei der Klägerin vorzuliegen. Es sei hoch wahrscheinlich, dass es bei diesem Zustand bleibe.

Dafür, dass die Klägerin tatsächlich diesen Dauerschaden davongetragen hat, spricht auch die Tatsache, dass die Rentenversicherung Baden-Württemberg mit Bescheid vom 13.10.2005 Kosten von zunächst beinahe 10.000,00 € für die Arbeitsplatzausstattung mit einem Vakuumhebesystem übernommen hat.

Eine weitere, schwere Beeinträchtigung der Klägerin besteht darin, dass sie nunmehr ständig Schmerzmittel einnehmen muss. Sie hat im Termin glaubhaft geschildert, Morphium nicht zu vertragen, weil sie dadurch depressiv werde - eine Darstellung, die der im Termin anwesende Zweitbeklagte für möglich und plausibel gehalten hat -. Dass eine nachhaltige Einnahme von Schmerzmitteln die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt, liegt auf der Hand.

Immerhin hat die Klägerin aber in Ruhestellung keine Schmerzen in der Schulter. Die Bewegungseinschränkung der Klägerin besteht darin, mit dem linken Arm nicht über die Horizontale hinwegzukommen (s. Gutachten S. 15). Fest steht, dass die Klägerin nicht mehr vollzeitig arbeiten kann (Gutachten S. 15 u. 30).

Zieht man noch die umfangreichen Nachbehandlungen in Betracht, denen sich die Klägerin wegen dieser Infektion unterziehen musste, dann ist der von ihr dargestellte Mindestbetrag von 20.000,00 € Schmerzensgeld angemessen, § 253 Abs. 2 BGB. Die Beklagten sind verpflichtet, der Klägerin den weiteren Schaden anlässlich der im Tenor genannten Behandlungsfehler zu ersetzen, was sich aufgrund der eingangs genannten Bestimmungen ergibt.

Die Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91 Abs. 1, 709 ZPO.