

## **OLG Hamm 3. Zivilsenat, Urteil vom 16.06.2008, Aktenzeichen: 3 U 148/07**

### **Orientierungssatz**

- 1. Bei Vorliegen von zwei konkreten Risikoerhöhungen in Form einer Diabetes und einer Rezidivoperation ist von einem speziell aufklärungspflichtigen Wundinfektionsrisiko auszugehen.**
- 2. Bei einer MRSA-Infektion kann eine Haftung des Behandlers zu verneinen sein, wenn ein MRSA-Befall schon zu Beginn der stationären Behandlung vorhanden war.**

### **Tenor**

Die Berufung der Klägerin gegen das am 02.05.2007 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten der Berufung.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht zuvor die Beklagten Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

### **Gründe**

I.

Die am 16.11.1949 geborene und durch langjährige Diabetes und Polyarthritiden erheblich gesundheitlich vorbelastete Klägerin hat in dem zugrundeliegenden Klageverfahren die Beklagten zu 1) und 2) (Träger und Chefarzt der Gefäßchirurgie des Knappschaftskrankenhauses C) und den Beklagten zu 3) (niedergelassener Chirurg und ambulanter Behandler der Klägerin) auf Zahlung von Schmerzensgeld, materiellen Schadensersatz (rückständigen Verdienstausschlag sowie Verdienstausschlagrente bis November 2015) und Feststellung weiterer Ersatzpflichten aus einer Behandlung von Juni 2000 bis März 2001 in Anspruch genommen.

Die Klägerin, die seit 1984 an einer chronischen Polyarthritiden mit zum Teil hochdosierter Cortisonbehandlung leidet und bei der seit 1987 ein Diabetes mellitus bekannt ist, unterzog sich in den Jahren 1968, 1980 und 1988 Krampfaderoperationen.

Im August/September 1999 wurde sie stationär wegen einer Entzündung bei Geschwürsbildung im Bereich des rechten Fußes behandelt und im Anschluss vom 07.09. bis 15.10.1999 erfolgte dann eine stationäre Behandlung bei der Beklagten zu 1) mit Ausräumung des Großzehengrundgelenkes bei infektiös neuropathischem diabetischem Fuß.

Nach einer Voruntersuchung befand sich die Klägerin vom 14. bis 17.06.2000 zur Operation einer Rezidivvaricositas im Krankenhaus der Beklagten, wo durch den Oberarzt Dr. N am 15.06.2000 die Operation über die linke Leiste durchgeführt wurde. Wenige Tage nach der Entlassung kam es etwa am 20.06.2000 zu einer Infektion in der linken Leiste, die zu einer erneuten stationären Behandlung vom 23.06. bis 08.07.2000 führte. Es erfolgte eine Wundspaltung des lokalen Infekts mit anschließender Wundspülung und offener Wundbehandlung sowie einer antibiotischen Behandlung. Ein Abstrich- und Erregernachweis wurde während der stationären Behandlung nicht durchgeführt. Die Entlassung erfolgte bei deutlich gebesselter Wundsituation. Anschließend kam es zur vollständigen Ausheilung der Leistenwunde im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung durch den früheren Beklagten zu 3). Nach Abheilung der Leistenwunde kam es ab dem 24.08.2000 zu einer neu auftretenden Ulceration an der linken Fußsohle, die in der Folgezeit regelmäßig durch den Beklagten zu 3) behandelt wurde, wobei auch Röntgenaufnahmen des fraglichen Bereiches erfolgten. Nach wechselhaftem Verlauf ergab eine Abstrichentnahme vom 21.09.2000 das Vorliegen von MRSA-Befall. Für die weitere Behandlungszeit wurde zunächst eine Besserung dokumentiert. Ab etwa Mitte Oktober trat eine deutliche Verschlechterung des Zustandes der Klägerin mit neuer Ulceration ein. Die Klägerin lehnte eine vom Beklagten zu 3) vorgeschlagene Krankenhausbehandlung zunächst ab. Ende Oktober 2000 traten sodann auch Veränderungen am rechten Sprunggelenk ein. Wegen des deutlich reduzierten Allgemeinzustandes musste sich die Klägerin am 31.10.2000 in das Krankenhaus der Beklagten begeben, wo sie zunächst bis zum 01.12.2000 stationär behandelt wurde.

Neben einem Geschwür am linken Fuß bestand bei Krankenhausaufnahme eine ausgedehnte phlegmonöse Infektion im Bereich des rechten Unterschenkels/Sprunggelenkes. Es erfolgten sodann mehrere operative Maßnahmen mit ausgedehnten Entlastungsschnitten sowie Entfernung infizierten und abgestorbenen Gewebes. Da neben der MRSA-Infektion am linken Fuß auch ein Befall des rechten Unterschenkels festgestellt wurde, erfolgte in der ersten Novemberhälfte der

Einsatz spezieller MRSA-sensibler Antibiotika. Aufgrund des Einsatzes dieser Medikamente kam es zu einer Verbesserung und Normalisierung des Zustandes der Klägerin, so dass bei mehrfachen Kontrolluntersuchungen kein MRSA-Befall mehr festgestellt werden konnte.

Wegen erneuter Verschlechterungen und zunehmender Wundsekretion erfolgte eine erneute stationäre Behandlung bei der Beklagten zu 1) vom 14. bis 24.12.2000.

Nach zwischenzeitlicher Entlassung wurde die Klägerin am 04.01. erneut bis zum 10.03.2001 stationär wegen umfangreicher Infektionen am linken Fuß sowie am rechten Fuß und Unterschenkel mit erneutem MRSA-Nachweis an den Fußwunden aufgenommen, während die ansonsten regelmäßig erfolgten Kontrollabstriche an anderen Körperstellen ohne MRSA-Nachweis blieben. Während des stationären Aufenthalts erfolgten umfangreiche lokale Behandlungsmaßnahmen mit mehrfachen Abszessinzisionen, Entfernungen von nekrotischem und entzündetem Gewebe, Fistelspülungen und intensive konservative Behandlung mit antiseptischen Verbänden. Eine Behandlung mit spezifischen Antibiotika erfolgte in diesem Zeitraum nicht. Es kam zu einer Abheilung der entzündlichen Vorgänge am linken Fuß, während bei der Entlassung rechtsseitig noch Fisteln im Bereich des Fußes und des rechten Sprunggelenkes ohne spezielle Entzündungsmerkmale vorhanden waren. Die weitere Nachbehandlung bis ins Jahr 2003 erfolgte durch den Beklagten zu 3) sowie andere Ärzte und Krankenhäuser. Die Klägerin wurde in der Zeit bis Sommer 2003 u. a. durch das Universitätsklinikum N sowie das Marienhospital H behandelt, wobei zahlreiche Untersuchungen und Abstrichentnahmen erfolgten, die zum Teil in Bezug auf MRSA positiv und zum Teil negativ waren. Aus den verschiedenen Arztberichten ergibt sich das Vorliegen von erheblichen Knochendefiziten und Substanzdefekten.

Im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 25.06. bis 01.08.2003 im D-Hospital T erfolgte dann am 27.06.2003 die Unterschenkelamputation rechts. Die Klägerin ist mit einer Unterschenkelprothese versorgt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die tatsächlichen Feststellungen im angefochtenen Urteil gem. § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO Bezug genommen.

Das Landgericht hat die auf Aufklärungsmängel sowie diverse Behandlungsfehlervorwürfe gestützte Klage nach Beweisaufnahme durch Zeugenvernehmung im Hinblick auf das Geschehen bezüglich des Beklagten zu 3) sowie durch Einholung eines Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. T1 nebst einer Ergänzung durch den Oberarzt Dr. Q sowie der mündlichen Vernehmung des Sachverständigen Prof. Dr. T1 die Klage abgewiesen.

Zur Begründung hat das Landgericht ausgeführt, dass die Amputation im Jahre 2003 keine Folge der indizierten Krampfaderoperation gewesen sei, sondern Folge der schon im Juni 2000 vorliegenden Grunderkrankungen, insbesondere des diabetischen Fußsyndroms. Angesichts der abgeheilten Leisteninfektion könne auch kein Zusammenhang dieser Infektion mit dem späteren Auftreten der Ulceration unter dem Fuß gesehen werden. Ebenso wenig bestehe ein Zusammenhang zwischen MRSA-Infektion und Amputation, da der Knochen bei der Klägerin schon vorher zerstört gewesen sei. Das Unterlassen einer Abstrichnahme hinsichtlich der Leisteninfektion stelle allenfalls einen einfachen Behandlungsfehler dar, der nicht zur Haftung führe, da sich zu jenem Zeitpunkt bei einem Abstrich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine MRSA-Infektion gezeigt hätte. Im Übrigen legt das angefochtene Urteil dar, aus welchen Gründen keine Haftung des niedergelassenen Beklagten zu 3) gegenüber der Klägerin eingreife.

Mit der Berufung verfolgt die Klägerin ihr bisheriges Begehren gegenüber den Beklagten zu 1) und 2) weiter, nachdem der Senat ihre gegen den Beklagten zu 3) beabsichtigte Berufung durch Beschluss vom 17.10.2007 (Bl. 515 ff. GA) als unzulässig verworfen hat (= BGH VI ZB 53/07).

Insoweit macht die Klägerin unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens die bislang erhobenen Vorwürfe nebst ergänzenden Aspekten gegenüber den Beklagten zu 1) und 2) geltend.

Die Aufklärung vor dem Eingriff von Juni 2000 sei wegen der besonderen Risikosituation der Klägerin nicht ordnungsgemäß gewesen und außerdem sei eine generelle Aufklärung über die MRSA-Risiken derartiger Patienten erforderlich.

Im Zusammenhang mit der Krampfaderoperation vom 15.06.2000 sei die fehlende Antibiotikaprophylaxe zu beanstanden. Bei der stationären Behandlung ab dem 23.06.2000 sei ein grober Behandlungsfehler in der unterlassenen Abstrichnahme aus der Leistenregion zu sehen. Auch die Behandlung während der späteren Aufenthalte im Krankenhaus der Beklagten zu 1) sei insgesamt als unzureichend und fehlerhaft zu bezeichnen und leide insbesondere unter zahlreichen Hygieneverstößen.

Ferner müsse die Qualifikation des Sachverständigen für Fragen im Zusammenhang mit der MRSA-Problematik beanstandet werden und der Gutachter habe auch nicht das gesamte Sachverständigengutachten persönlich erstattet.

Schließlich beanstandet die Klägerin, dass die Ausführungen des Landgerichts zu den Folgen der MRSA-Infektion und den Gründen der späteren Unterschenkelamputation unzutreffend seien, da die Einnistung der Erreger in den Knochen lediglich aufgrund der fehlerhaften Behandlung ohne die speziellen Reserveantibiotika erfolgen konnte. Die Grunderkrankung habe demgegenüber mit der Amputationsnotwendigkeit nichts zu tun. Vielmehr habe die fehlerhafte Behandlung der Leistenwunde seitens der Beklagten zu den Ulcerationen am Fuß und darüber zum MRSA-Befall und der späteren Amputation geführt, wobei die gesamte Hygienesituation einschließlich der organisatorischen Mängel im Krankenhaus der Beklagten zu 1) verantwortlich seien und jedenfalls die Beweislast wegen der diversen Mängel und des für die Klägerin insoweit bestehenden Beweisproblems zu ihren Gunsten "gedreht" sei.

Die Klägerin beantragt,

unter Abänderung der am 02.05.2007 verkündeten Entscheidung des Landgerichts Essen die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen,

1. an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 24.09.2000 zu zahlen,

2. an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 43.675,-- Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.03.2004 zu zahlen,

3. an die Klägerin einen weiteren Verdienstaufschlag in Höhe von 1.065,-- Euro jeweils zum Ende eines jeden Monats, beginnend mit dem Monat Dezember 2003 bis einschließlich November 2015 zu zahlen,

4. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner jeden weiteren materiellen und immateriellen Zukunftschaden zu ersetzen haben, der auf der Falschbehandlung in der Zeit von Juni 2000 bis einschließlich März 2001 beruht, soweit die Ansprüche nicht auf den Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.

Vorsorglich hat die Klägerin im Senatstermin noch den Antrag nach § 538 Abs. 2 Ziff. 4 ZPO gestellt.

Die Beklagten zu 1) und 2) beantragen, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagten zu 1) und 2) verteidigen das angefochtene Urteil und stellen insbesondere jeden Kausalzusammenhang der Behandlung mit der MRSA-Infektion und der späteren Amputation in Abrede. Diese sei allein wegen der Grunderkrankung schon zu Beginn der Behandlung unabwendbar gewesen und habe mit der Behandlung der Beklagten nichts zu tun.

Die Operation von Juni 2000 sei medizinisch indiziert und ordnungsgemäß durchgeführt worden und nach den Umständen bei der Klägerin ohne Behandlungsalternative gewesen. Sie habe lediglich zu einem Fadengranulom/einer Leisteninfektion als einer möglichen Komplikation derartiger Eingriffe geführt. Der fehlende Abstrich sei an sich schon kein Behandlungsfehler, da dies bei einer nur oberflächlichen Infektion nicht so wichtig sei, jedenfalls aber bestehe keinerlei Zusammenhang mit der späteren Ulceration am Fuß der Klägerin Ende August 2000 und den im weiteren Verlauf eingetretenen Geschehnissen. Bei Durchführung eines Abstrichs im Zusammenhang mit der Leisteninfektion sei auch die Feststellung eines MRSA-Befalls nicht wahrscheinlich gewesen.

Die Aufklärungsrüge greife nicht durch, da nach dem Bericht vom 08.06.2000 den besonderen Umständen bei der Klägerin Rechnung getragen worden sei. Außerdem sei eine entsprechende Vorkenntnis bei ihr gegeben und die Klägerin habe auch keinen Entscheidungskonflikt plausibel dargetan.

Hinsichtlich der späteren stationären Behandlungen ab dem 31.10.2000 sei der Vorwurf von Behandlungsfehlern unzutreffend. Insbesondere hätten die Beklagten eine gebotene Behandlung mit speziellen Antibiotika nicht fehlerhaft unterlassen, sondern im Gegenteil eine intensive Behandlung mit entsprechenden Medikamenten durchgeführt. Im Übrigen sei die Herkunft der im September 2000 vom Beklagten zu 3) außerhalb eines Krankenhausaufenthaltes festgestellte MRSA-Infektion völlig offen und spekulativ; jedenfalls bestehe keinerlei Zusammenhang mit den Beklagten und mit der späteren Unterschenkelamputation.

Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die im Protokoll genannten Krankenunterlagen Bezug genommen.

Der Senat hat durch Beweisbeschluss vom 28.01.2008 (Bl. 561 f. GA) ein weiteres schriftliches Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. T1 eingeholt, welches der Sachverständige unter dem 21.05.2008 (Bl. 582 ff. GA) vorgelegt hat. Ferner hat der Senat die Klägerin persönlich angehört und den Sachverständigen Prof. Dr. T1 ergänzend vernommen. Wegen des Ergebnisses der Anhörung und der Sachverständigenvernehmung wird auf den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 16.06.2008 Bezug genommen.

II.

Die - nach Verwerfung des gegen den Beklagten zu 3) gerichteten Rechtsmittels - verbliebene Berufung der Klägerin gegenüber den Beklagten zu 1) und 2) ist zulässig, aber in der Sache unbegründet.

Der Klägerin steht gegenüber diesen Beklagten weder aus unerlaubter Handlung noch - soweit materielle Schäden in Frage stehen - aus Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages ein Schadensersatzanspruch zu.

1. In der medizinischen Beurteilung folgt der Senat den sachlich fundierten Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T1, der seine Angaben aus den schriftlichen Begutachtungen im Rahmen seiner zweitinstanzlichen Anhörung nachvollziehbar und überzeugend begründet und erläutert hat. Der Gutachter verfügt als langjähriger Direktor einer chirurgischen Universitätsklinik für Gefäßchirurgie und Nierentransplantation über eine besondere Sach- und Fachkenntnis sowie eine umfassende klinische Erfahrung.

Die mit der Berufung von der Klägerseite gegenüber dem Sachverständigen erhobenen Einwendungen sind nicht erheblich.

Prof. T1 hat das Erstgutachten aufgrund eigener Urteilsfindung unterzeichnet und ist im Termin beim Landgericht persönlich angehört worden, womit er jedenfalls die Verantwortung für den Begutachtungsinhalt inklusive der nach der äußeren Gestaltung eventuell allein vom Oberarzt Dr. Q herstammenden Gutachtenergänzung vom 12.10.2005 übernommen hat.

Auch die Einholung eines weiteren Gutachtens eines anderen Sachverständigen ist entgegen der Anregung der Klägerin nicht erforderlich, da Prof. T1 alle für die Beurteilung des vorliegenden Behandlungsgeschehens entscheidenden Fragen und Gesichtspunkte nachvollziehbar und überzeugend erläutern konnte, so dass für den Senat keine entscheidungserheblichen Fragen offen geblieben sind. Insbesondere ist kein weiteres Gutachten zu allgemeinen hygienischen Fragen oder MRSA-Infektionen notwendig, soweit es um die Beurteilung der stationären Behandlungen der Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum geht.

2. Behandlung vom 14. bis 17.06.2000 mit Rezidiv-Varizen-Operation:

Ein Behandlungsfehler der Beklagtenseite in Bezug auf diese Behandlung ist nach den gutachterlichen Bewertungen nicht feststellbar.

Die Krampfaderoperation war auch unter Berücksichtigung aller Risiken bei der Klägerin nach den Ausführungen von Prof. T1 zu jener Zeit indiziert, wie er insbesondere im Rahmen seiner Anhörung vor dem Senat nochmals erläutert und bekräftigt hat. Nach der Krankengeschichte der Klägerin mit mehrfachen Voroperationen und erheblichen Weichteilschäden im Jahre 1999 war die Entfernung der Krampfadern eine medizinisch sinnvolle und angezeigte Maßnahme zur Bekämpfung der chronischen venösen Insuffizienz bei der Klägerin. Da zu jener Zeit keine Hautdefekte oder sonstige Kontraindikationen vorlagen, war die Operation vom 15.06.2000 medizinisch sinnvoll und indiziert. Relevante Behandlungsalternativen bestanden gegenüber der operativen Intervention nicht, wie der Gutachter nochmals bestätigt hat.

Die Durchführung der Krampfaderoperation erfolgte fachlich korrekt und in einer nicht zu beanstandenden Weise.

Soweit mit der Berufung das Fehlen einer Antibiotikaphylaxe beanstandet worden ist, hat Prof. T1 in seinem schriftlichen Gutachten vom 21.05.2008 sowie bei seiner Anhörung überzeugend dargelegt, dass es sich um eine Ermessensentscheidung des Operateurs gehandelt hat, die Entscheidung zur Unterlassung einer solchen Prophylaxe deshalb vertretbar war und keinen vorwerfbaren Standardverstoß darstellte. Ausweislich des Arztbriefes des späteren Operateurs Dr. N an den Beklagten zu 3) vom 08.06.2000 (Bl. 96 GA) haben sich die Behandler im Knappschaftskrankenhaus C ersichtlich Gedanken um die Entzündungsfrage bei der Klägerin gemacht, so dass mit

dem Gutachter davon ausgegangen werden muß, dass die Ärzte die vom Sachverständigen dargestellte Ermessensentscheidung auch tatsächlich im Rahmen einer Abwägung getroffen haben.

### 3. Aufklärung bezüglich der Krampfaderoperation vom 15.06.2000:

Nach der Voruntersuchung vom 06.06.2000 (vgl. Bl. 96 GA) durch den späteren Operateur unterzeichnete die Klägerin im Rahmen der stationären Behandlung vom 14.06.2000 nach einem Aufklärungsgespräch eine Einwilligungserklärung in der es u. a. heißt, dass selten Wundheilungsstörungen auftreten.

Nach den eigenen Angaben der Klägerin anlässlich ihrer Anhörung vom 16.06.2008 hat sie von den Ärzten im Krankenhaus vor der Operation etwas von Gefahren von heftigen Entzündungen erfahren, während sie an irgendwelche Risikoerläuterungen im Zusammenhang mit dem Begriff Wundinfektion keine Erinnerung hatte und darüber nach ihren - nicht widerlegten - Angaben auch nicht aufgeklärt worden ist. Auch ist ihr im Zusammenhang mit der angesprochenen Problematik von eventuellen heftigen Entzündungen seitens der Ärzte nicht erläutert worden, dass bei ihr aufgrund der langjährigen Diabetes und wegen des Gesichtspunktes der Rezidivoperation ein gegenüber dem Normalfall erhöhtes Risiko von Wundinfektionen bestand. Eine derartige Aufklärung konnte nicht festgestellt werden.

Zwar braucht über das allgemeine Wundinfektionsrisiko grundsätzlich nicht aufgeklärt zu werden, da dieses jedem Laien auch ohne spezielle Erläuterungen geläufig ist (BGH NJW 1991, 1542; 1986, 780; Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, Seite 123 f.; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, Rn. 404; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, Kap. C Rn. 47). Nach den Ausführungen von Prof. T1 war jedoch vorliegend eine spezielle Risikokonstellation durch 2 konkrete Risikoerhöhungen in Form der Diabetes und der Rezidivoperation gegeben, so dass von einem speziell aufklärungspflichtigen Wundinfektionsrisiko auszugehen war.

Es kann insoweit nicht festgestellt werden, dass die Klägerin über die nach ihren Angaben erfolgte Aufklärung über die Gefahr eventueller heftiger Entzündungen hinaus auch dahin aufgeklärt worden ist, dass bei ihr wegen der speziellen Risikokonstellation ein über den Normalfall in relevanter Weise erhöhtes Risiko einer Wundinfektion gegeben wäre. Allein der Hinweis der Beklagtenseite auf das Schreiben vom 08.06.2000 kann insofern als Beleg einer ordnungsgemäßen Aufklärung nicht ausreichen.

Die danach defizitäre Eingriffsaufklärung vor der Krampfaderoperation führt jedoch nicht zu einer Haftungsverpflichtung der Beklagten, da sich diese mit Erfolg auf den Aspekt der hypothetischen Einwilligung berufen können.

Die Klägerin hat im Rahmen ihrer mündlichen Anhörung durch den Senat keinen plausiblen Entscheidungskonflikt darzulegen vermocht. Die Operation der Krampfadern war vor dem Krankheits-hintergrund der Klägerin mit der noch 1999 behandelten Weichteilschädigung medizinisch sinnvoll und ohne echte Behandlungsalternative, wie Prof. T1 schriftlich und mündlich fundiert dargelegt hat. Ein Verzicht auf die Operation wäre lediglich aus schwerwiegenden Gründen anzuraten gewesen, die zu jenem Zeitpunkt jedoch gerade nicht vorlagen. Die Klägerin, die nach dem gesamten Verlauf ihrer langjährigen Erkrankungen auch ersichtlich Vertrauen zu den Ärzten im Krankenhaus der Beklagten zu 1) hatte, hat bei ihrer Anhörung auch nur angegeben, dass sie die Operation nicht gemacht hätte, wenn sie den späteren Verlauf einschließlich der 2003 erfolgten Amputation geahnt hätte. Ihr heutiger Zustand sei mit dem vor der Operation vorhandenen Zustand in keiner Weise zu vergleichen und habe sich erheblich verschlechtert. Diese ex post-Betrachtung ist zwar durchaus nachvollziehbar und glaubhaft, rechtfertigt jedoch keinen Entscheidungskonflikt für den damaligen Zeitpunkt und vermag deshalb den Einwand der hypothetischen Einwilligung nicht auszuräumen. Es ist auch für den Senat nicht ersichtlich, warum die Klägerin - nach den diversen Voroperationen mit allein 3 Eingriffen zur Beseitigung von Varizen - gerade bei der Operation vom 15.06.2000 in einen echten Entscheidungskonflikt hätte geraten sollen, wenn ihr im Rahmen der sinnvollerweise empfohlenen und medizinisch gebotenen Operation über die Aufklärung hinsichtlich der Gefahr erheblicher Entzündungen hinaus noch erläutert worden wäre, dass bei ihr aufgrund der seit 1987 bekannten Diabetes und dem Umstand der Rezidiv-Operation ein über das Normalmaß erhöhtes Gefahrpotenzial von Wundinfektionen gegeben sei.

Eine Haftung aus dem Gesichtspunkt der Aufklärungspflichtverletzung über das Wundinfektionsrisiko kommt danach nicht zum Tragen. Ebensowenig rechtfertigt die Nichtaufklärung über die Möglichkeit einer MRSA-Infektion einen Ersatzanspruch der Klägerin. Insoweit bestand bereits keine Aufklärungsverpflichtung, da es sich bei einer MRSA-Infektion nicht um ein spezifisches Risiko

eines bestimmten Eingriffs oder eines bestimmten Patienten handelt, sondern um ein generelles Problem von Antibiotikaresistenzen. Ferner steht einer Haftung ebenfalls entgegen, dass nach dem Sachverständigen bereits nicht festgestellt werden kann, dass eine solche Infektion überhaupt durch den Eingriff vom 15.06.2000 eingetreten ist. Es bedarf deshalb keiner weiteren Erörterung, ob nicht auch insoweit der Aspekt des fehlenden Entscheidungskonflikts durchgreifen würde.

4. Krankenhausaufenthalt vom 23.06. bis 08.07.2000:

Auf der Grundlage der abgewogenen und fachlich überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. T1 hält es der Senat für erwiesen, dass im Hinblick auf diesen stationären Krankenhausaufenthalt ein Behandlungsfehler der Mitarbeiter der Beklagten zu 1) gegeben ist, auch wenn die Kommissionsgutachter Dr. B und Dr. G in ihren Gutachten aus dem Jahre 2002 jeweils zu keinem vorwerfbaren Behandlungsfehler gelangt sind. Prof. Dr. T1 hat stimmig dargetan, dass es auch bei einer oberflächlichen Weichteilinfektion nach dem fachlichen Standard im Jahre 2000 medizinisch geboten gewesen wäre, einen Abstrich zur Erregerbestimmung vorzunehmen. Es könne allerdings im Nachhinein nicht gesagt werden, welches Ergebnis eine derartige Untersuchung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erbracht hätte, etwa zur Frage eines MRSA-Befalls. Ein konkretes Ergebnis ließe sich im Nachhinein kaum angeben und bliebe spekulativ.

In der mündlichen Anhörung hat Prof. T1 - in Übereinstimmung mit seinen vorangegangenen schriftlichen Ausführungen - gegenüber dem Senat nochmals ausgeführt, dass jedenfalls nach den gesamten Umständen nichts für eine Feststellung von MRSA-Erregern bei einer unterstellten Abstrichuntersuchung anlässlich jenes Krankenhausaufenthaltes spreche, da die vorhandene Infektion vollständig abgeheilt und auch nicht wiedergekommen wäre, der MRSA-Befall später an einer deutlich entfernten Stelle festgestellt worden sei und die im Juni 2000 eingeleitete Antibiose mit normalen Antibiotika ersichtlich wirksam gewesen sei. Ein Befall mit MRSA sei in Bezug auf die Klägerin zu jenem Zeitpunkt nach allen relevanten Umständen äußerst unwahrscheinlich.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. T1 und unter Einbeziehung der Bewertung der Kommissionsgutachter vermag der Senat auch keinen groben Behandlungsfehler in der unterbliebenen Abstrichnahme zu erkennen, da zwar eine grundsätzlich übliche Maßnahme versäumt wurde, jedoch im Übrigen eine ordnungsgemäße Wundbehandlung einschließlich Antibiose eingeleitet und durchgeführt wurde, die Behandlung offensichtlich auch anschluss und letztlich zur völligen Ausheilung des Leisteninfektes geführt hat. Darüber hinaus hat der Sachverständige es auch für gänzlich unwahrscheinlich angesehen, dass zu jener Zeit ein MRSA-Befund vorgelegen hat, so dass ohnehin kein Grund für eine Beweislastumkehr zugunsten der Klägerin gegeben wäre.

5. Weitere Krankenhausbehandlungen der Klägerin im Knappschafts-Krankenhaus C ab dem 31.10.2000, ab dem 14.12.2000 sowie ab dem 04.01.2001:

Schließlich sind keine Behandlungsfehler der Beklagten zu 1) und 2) zum Nachteil der Klägerin innerhalb der stationären Behandlungen ab dem 31.10.2000 festzustellen, wie der Sachverständige Prof. T1 im Einklang mit seinen erstinstanzlichen Angaben nochmals im Gutachten vom 21.05.2008 und bei seiner mündlichen Vernehmung vor dem Senat aufgezeigt hat.

Im Rahmen der Erstbehandlung (31.10. bis 01.12.2000) der MRSA-infizierten Klägerin ist es entgegen deren Ansicht auch zum Einsatz der speziellen Antibiotika gegen MRSA gekommen, den Prof. T1 nach Dauer und Medikation für sachgerecht und korrekt angesehen hat. Diese Medikation hat in Verbindung mit den sonstigen intensiven Maßnahmen in Form von Entlastungsschnitten und Gewebeentfernungen erfolgreich gewirkt und sowohl den klinischen Zustand der Klägerin deutlich stabilisiert und verbessert, wie auch dazu geführt, dass am Ende des Erstaufenthaltes in mehreren Abstrichen kein MRSA-Nachweis mehr vorhanden war.

Einen Anhalt für ein behandlungsfehlerhaftes Verhalten der Beklagten zu 1) und 2) vermochte der Sachverständige weder bei dem Erstaufenthalt ab dem 31.10.2000 noch bei den beiden folgenden Aufenthalten bis März 2001 zu erkennen.

Insbesondere war es nach den überzeugenden gutachterlichen Ausführungen nicht zu beanstanden, dass in den späteren stationären Aufenthalten kein weiterer Einsatz von speziellen Antibiotika mehr erfolgte, da beim zweiten Aufenthalt kein MRSA-Nachweis vorlag und für die Zeit ab Januar 2001 unter regelmäßiger enger Kontrolle nur ein im Fußbereich lokalisierter MRSA-Befall der Entzündungsprozesse bestand. Unter Abwägung der mit der Verabreichung der speziellen Antibiotika verbundenen Gefahren und Probleme war es medizinisch vertretbar und gerechtfertigt, von einer systemischen Behandlung mit den besonderen MRSA-Antibiotika abzusehen, solange sich die vorliegenden Befunde durch die intensiven lokalen Maßnahmen eingrenzen und therapieren lie-

ßen. Dies war aber im vorliegenden Fall gegeben, da es bei Entlassung der Klägerin im März 2001 zu einer Abheilung der entzündlichen Vorgänge am linken Fuß gekommen war, während rechts noch Fisteln im Bereich des Fußes und des Sprunggelenkes ohne besondere Entzündungsmerkmale gegeben waren. Die medizinische Bewertung von Prof. T1 wird ferner gestützt durch die Angaben im Kommissionsgutachten Dr. B vom 20.09.2002, der ebenfalls insoweit kein fehlerhaftes Verhalten erkennen konnte.

#### 6. Hygienevorwürfe:

Schließlich kann sich die Klägerin auch nicht auf angebliche Verletzungen von Hygienestandards sowie von Aufzeichnungs- oder Meldepflichten berufen, wobei das von Klägerseite angesprochene Infektionsschutzgesetz ohnehin erst ab Anfang 2001 galt.

Insofern ist zunächst zu berücksichtigen, dass haftungsrelevante Verletzungen von Hygienestandards während der im Juni und Juli 2000 erfolgten stationären Behandlungen nicht festgestellt werden können und ohnehin nach den nachvollziehbar begründeten Ausführungen von Prof. Dr. T1 eine Infektion mit MRSA zu jenem Zeitpunkt zumindest als äußerst unwahrscheinlich anzusehen ist. Die Klägerin hat lediglich eine oberflächliche Wundinfektion in der Leiste erlitten, was bei einer langjährigen Diabetes-Patientin im Zusammenhang mit einer Rezidiv-Operation kein ungewöhnlicher Vorgang ist, sondern lediglich eine durchaus mögliche Verwirklichung eines bestehenden Risikos darstellt. Dieser Infekt ist jedoch vollständig und zeitgerecht abgeheilt und gibt aus Sicht des Sachverständigen keinen Hinweis auf einen MRSA-Befall der Klägerin zu jener Zeit.

Vor der erneuten Krankenhausaufnahme Ende Oktober 2000 war dann jedoch außerhalb des Knappschaftskrankenhauses der MRSA-Befall der Klägerin diagnostiziert worden, so dass es nahe liegt, dass diese die fragliche Infektion mit in das Knappschafts Krankenhaus der Beklagten eingebracht hat. In der Folgezeit ist es bis zum Jahre 2003 immer wieder zu entsprechenden positiven MRSA-Befunden gekommen, während zwischenzeitlich auch immer wieder negative Abstriche ohne MRSA-Nachweis gegeben waren.

Prof. Dr. T1 hat in seiner Stellungnahme vom 21.05.2008 hierzu gutachterlich ausgeführt, dass sich aus den vorhandenen Krankenhausunterlagen nicht feststellen lasse, dass während dieser stationären Aufenthalte im Zusammenhang mit der MRSA-Infektion Fehler oder Mängel im hygienischen Bereich gegeben waren, die sich in irgendeiner Form feststellbar schädigend auf die Gesundheit der Klägerin ausgewirkt haben. Dabei ist in allgemeiner Hinsicht zu berücksichtigen, dass jede Keiminfizierung einer Operationswunde oder sonstigen Wunde sich bei wertender Betrachtung von vornherein nicht als haftungsrelevanter Vorgang darstellt, wenn die Keimübertragung auch bei Beachtung der gebotenen hygienischen Vorsorge nicht sicher und zuverlässig vermeidbar war. Absolute Keimfreiheit der Ärzte und der weiteren Behandlungsbeteiligten ist nicht erreichbar, und die Wege, auf denen sich Keime verbreiten können, sind im Einzelnen nicht vollständig kontrollierbar. Keimübertragungen, die sich aus solchen - nicht beherrschbaren - Gründen und trotz Einhaltung der gebotenen hygienischen Vorkehrungen ereignen, gehören zum entschädigungslos bleibenden Risiko eines Patienten. Soweit sich dieses verwirklicht hat, kann von einer vertragswidrigen oder rechtswidrigen Gesundheitsverletzung nicht gesprochen werden. Eine Haftung des Behandlers für die Infizierung durch Keime kommt danach nur in Betracht, wenn die Keimübertragung durch die gebotenen hygienischen Vorsorgen zuverlässig hätte verhindert werden können. Nur wenn feststeht, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich hervorgegangen sein muss, hat der Behandler für die Folgen der Infektion einzustehen, sofern er sich nicht ausnahmsweise entlasten kann (BGH NJW 1991, 1541; 2007, 1682). Diese Haftungsvoraussetzungen lassen sich vorliegend aber gerade nicht feststellen, da ein MRSA-Befall schon zu Beginn der stationären Behandlung Ende Oktober 2000 vorhanden war und ein zwischenzeitlich fehlender Nachweis in einzelnen Abstrichen nicht bedeutet, dass die Infektion damit vollständig und endgültig beseitigt ist.

Ferner steht einer Haftung der Beklagten für den geltend gemachten Gesundheitsschaden der Klägerin in Form der im Sommer 2003 erfolgten Unterschenkelamputation entgegen, dass der Sachverständige Prof. T1 einen ursächlichen Zusammenhang der im September 2000 beim Beklagten zu 3) nachgewiesenen MRSA-Infektion und der knapp 3 Jahre später erfolgten Amputation hier bei der Klägerin für jedenfalls gänzlich unwahrscheinlich ansieht und davon ausgeht, dass aller Voraussicht nach die Amputation als solche allein Folge der vorhandenen diabetischen Grunderkrankung der Klägerin war. Selbst für den - lediglich unterstellten - Fall eines schon im Juni 2000 vorhandenen MRSA-Befalls sieht Prof. T1 einen Ursachenzusammenhang zur späteren

Amputation als äußerst unwahrscheinlich an, wie er im Termin gegenüber dem Senat ausgeführt hat.

Im Ergebnis ist deshalb kein haftungsrechtlich relevanter Aufklärungsmangel oder Behandlungsfehler der Beklagten zu 1) und 2) zu Lasten der Klägerin während des gesamten Behandlungszeitraums zwischen Juni 2000 bis März 2001 gegeben.

7. Die Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 11 und 711 ZPO.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO nicht vorliegen.