LG Nürnberg-Fürth, Endurteil v. 22.04.2021 – 4 O 2822/18

Titel:

Behandlungsfehler, Hygienestandard, Beweislast, Sachverständigengutachten, Aufklärungspflicht, Feststellungsinteresse, Verspätetes Vorbringen

Schlagworte:

Behandlungsfehler, Hygienestandard, Beweislast, Sachverständigengutachten, Aufklärungspflicht, Feststellungsinteresse, Verspätetes Vorbringen

Rechtsmittelinstanzen:

OLG Nürnberg, Endurteil vom 15.01.2024 – 5 U 1663/21

BGH, Urteil vom 25.11.2025 – VI ZR 51/24

Tenor

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

3. Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

Beschluss

Der Streitwert wird auf 55.000,00 € festgesetzt.

Tatbestand

1
Der Kläger macht gegen die Beklagten Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche wegen behaupteter ärztlicher Behandlungs- und Aufklärungsfehler geltend.

2
Die Beklagte zu 1) ist Betreiberin einer Augenklinik in …. Der Beklagte zu 2) ist ein bei der Beklagten zu 1) tätiger Arzt.

3
Der Kläger befand sich vom 02.03.2017 bis zum 04.03.2017 in stationärer Behandlung bei der Beklagten zu 1).

4
Am 02.03.2017 wurde der Kläger zur operativen Versorgung einer epiretinalen Gliose mit Maculaödem und Pseudophakie mittels Pars-Plana-Vitrektomie und Membran-Peeling am rechten Auge bei der Beklagten zu 1) aufgenommen. Die Operation wurde am 02.03.2017 von 13:00 Uhr bis 13:26 Uhr durch den Chefarzt Dr. … durchgeführt. Die Operation verlief komplikationslos.

5
Am 03.03.2017 im Laufe des Tages kontrollierte Dr. … das rechte Auge des Klägers. Es zeigte sich ein regelrechter Befund. Anschließend trat Dr. … seinen geplanten Urlaub an.

6
In den frühen Morgenstunden des 04.03.2017 gegen 03:00 Uhr fand eine Untersuchung durch den Beklagten zu 2) statt. Dieser stellte fest, dass das rechte Auge stark entzündet ist. Es wurde eine Vorderkammerreizung diagnostiziert. Da sich trotz intensiver AT-Therapie keine Besserung eingestellt hat, wurde nach telefonischer Rücksprache mit dem Operateur Dr. … durch den Beklagten zu 2) noch in der Nacht eine subkonjunktivale Steroidgabe durchgeführt.

7
Am 04.03.2017 gegen 09:00 Uhr erfolgte eine weitere Untersuchung des Klägers durch den Beklagten zu 2). Daraufhin bereitete der Beklagte zu 2) alles für eine Verlegung in das Klinikum … zur Durchführung

einer Operation vor. Der Kläger erhielt ein Überweisungsschreiben, ein Taxi wurde für 10:30 Uhr bestellt. Gegen 10:45 Uhr bzw. 11:00 Uhr stellte sich der Kläger im Klinikum … vor. Die Operation erfolgte gegen 14:30 Uhr.

8
Der Kläger trägt vor, die Operation am 02.03.2017 sei nicht steril durchgeführt worden, sodass sich am rechten Auge eine Endophthalmitis ausgebildet habe. Diese sei durch den Keim Staphylococcus epidermidis, welcher resistent gegen Penicillin sei, verursacht worden. Bei Einhaltung des Hygienestandards, insbesondere einer gründlichen präoperativen Antisepsis, wäre diese Infektion, sicher zu vermeiden gewesen.

9
Weiter sei durch die Ärzte der Beklagten zu 1) postoperativ ab dem Nachmittag des 03.03.2017 nicht auf die Anzeichen einer postoperativen akuten Endophthalmitis reagiert worden. Der Kläger habe ab 18:00 Uhr eine starke und zunehmende Reizung am operierten Auge verspürt, die er einem Pfleger mitgeteilt habe. Dieser habe den Verband abgenommen und geäußert, dass es nun besser werden müsse. Anschließend hätten jedoch die Schmerzen begonnen. Über die Schmerzen habe der Kläger der Nachtschwester berichtet. Da sich die Schmerzzustände verschlimmert hätten, habe der Kläger auf das Hinzurufen eines Arztes gedrängt. Der Zustand habe sich weiter verschlimmert. Auf Nachfrage der Nachtschwester habe der Kläger weiterhin auf das Herbeirufen eines Arztes bestanden. Der angerufene Arzt, der Beklagte zu 2), hätte telefonisch eine Augeninnendruckmessung angeordnet. Die Messungen hätten jedoch zu keinem eindeutigen Ergebnis geführt, da das präzisere Gerät defekt gewesen sei und die beiden vorhandenen Messgeräte unterschiedliche Ergebnisse geliefert hätten. Auf telefonische Anordnung des Arztes habe die Schwester eine Tablette zur Senkung des Augendrucks gebracht und eine Salbe in das rechte Auge gegeben. In der Folge habe der Kläger eine zunehmende Verschlechterung des Sehvermögens festgestellt. Kurz nach Mitternacht habe der Kläger festgestellt, dass er auf dem rechten Auge überhaupt nichts mehr sehen könne. Dies habe er der Nachtschwester mitgeteilt und erneut gedrängt, einen Arzt anzurufen. Dies sei von der Nachtschwester gemacht worden. Am 04.03.2017 gegen 03:00 Uhr sei er sodann von dem Beklagten zu 2) untersucht worden. Bereits bei dieser Untersuchung habe der Beklagte zu 2) die OP-Indikation gestellt und geäußert, dass hierfür eine Verlegung in das Klinikum … notwendig sei. Weiter habe der Beklagte zu 2) mitgeteilt, dass er die Formalitäten der Verlegung am Vormittag erledigen würde.

10
Der Kläger ist der Auffassung, es wären spätestens am Nachmittag des 03.03.2017 weitere Befunderhebungen zum Ausschluss einer postoperativen Infektion am rechten Auge medizinisch zwingend notwendig gewesen. Diese hätten mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine umgehende Indikation für eine Notoperation ergeben. Es sei nicht gänzlich unwahrscheinlich, dass bei sofortigem Eingreifen spätestens am Nachmittag des 03.03.2017 der derzeitige Zustand am rechten Auge vermieden worden wäre. Tatsächlich sei der Kläger vom Nachmittag des 03.03.2017 bis kurz nach Mitternacht am 04.03.2017 überhaupt nicht behandelt worden. Auch nach Mitteilung, dass er auf dem rechten Auge nichts mehr sehen könne, sei er bis zum 04.03.2017 um 10:30 Uhr nicht behandelt worden, sondern in das Klinikum … erbracht worden. Dort sei der Kläger den Ärzten nicht angekündigt worden. Die medizinisch zwingend notwendige Operation habe somit erst um einen Tag verzögert am 04.03.2017 gegen 14:30 Uhr erfolgen können.

11
Wäre der Kläger vom Beklagten zu 2) mit einem Rettungswagen in das Klinikum … verbracht worden, wäre er dort sofort behandelt worden und hätte nicht in der Notaufnahme 1,5 Stunden warten müssen, weil er nicht angekündigt worden sei. Eine frühere Behandlung wäre erfolgreich gewesen.

12
Weiter handele es sich um ein grobes Organisationsverschulden, dass über das Wochenende ab dem Nachmittag des 03.03.2017 kein Notfallteam für eine Operation bereitgehalten worden sei, um auf postoperative Notfälle rechtzeitig reagieren zu können.

13
Zudem liege eine Pflichtverletzung dahingehend vor, dass Dr. … am 03.03.2017 seinen geplanten Urlaub angetreten habe, obwohl die vom Kläger geschlossene Wahlleistungsvereinbarung mit dem Chefarzt Dr. … auch die postoperative Nachbehandlung erfasst habe.

14
Der Kläger ist der Ansicht, dass ihm daher ein Schmerzensgeldanspruch in Höhe von mindestens 50.000,00 € zustehe. Weiter seien ihm die eingetretenen Schäden aufgrund des Abbruchs einer angetretenen Reise im November/Dezember 2017 in Höhe von 5.037,86 € zu ersetzen.

15
Der Kläger beantragt,

I. die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an den Kläger – über bereits am 29.09.2017 gezahlte 5.000,00 € hinaus – ein weiteres, in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld nebst 5 %-Punkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 18.08.2017 zu zahlen,

II. festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, als Gesamtschuldner dem Kläger alle gegenwärtigen und künftigen materiellen sowie nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden aus der Behandlung vom 02.03.2017 bis 04.03.2017 zu ersetzen, soweit die Ansprüche nicht auf einen Sozialversicherungsträger oder sonstigen Dritten übergegangen sind,

III. die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an den Kläger 5.037,86 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten seit dem 26.01.2018 zu zahlen,

IV. die Beklagten zu verurteilen, als Gesamtschuldner an den Kläger 2.994,04 € an außergerichtlichen Kosten nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 18.08.2017 zu zahlen.

16
Die Beklagten beantragen:

Die Klage wird abgewiesen.

17
Die Beklagten tragen vor, dass die in der Klinik vorgenommenen Eingriffe ausnahmslos unter Beachtung der gebotenen Kautelen der Sterilität erfolgen würden, die nach einem hausintern festgelegten Ablauf standardmäßig eingehalten werden würden. Der Umstand, dass dennoch eine Endophthalmitis im Zuge der Pars-plana-Vitrektomie eingetreten sei, begründe keinen Beweis des ersten Anscheins für eine Nichteinhaltung der Hygienestandards. Bei dem beschriebenen Eingriff lasse sich diese Komplikation nicht zu 100 % vermeiden. Der Kläger könne sich auch nicht auf die Beweiserleichterungen der sog. voll beherrschbaren Risiken stützen. Die absolute Keimfreiheit könne nicht erreicht werden, so dass Keimübertragungen, die sich trotz. Einhaltung der gebotenen hygienischen Vorkehrungen ereignen, zum entschädigungslos bleibenden Krankheitsrisiko der Patienten gehören würden. Das Auftreten der Endophthalmitis sei schicksalhaft und könne weder dem Operateur noch den Beklagten vorgeworfen werden.

18
Da die Operation komplikationslos verlaufen sei und sich am postoperativen Tag ein regelrechter Befund gezeigt habe, habe der Operateur Dr. … am Nachmittag des 03.03.2017 seinen geplanten Urlaub antreten können, zumal die Möglichkeit telefonischer Rücksprachen jederzeit gewährleistet gewesen sei.

19
Von der Schmerzsymptomatik habe der Beklagte zu 2) erst gegen 02:45 Uhr Kenntnis erhalten. Im Vorfeld habe der Kläger keine Schmerzen, sondern gegen 18:00 Uhr lediglich ein Druckgefühl verbunden mit einer subjektiv empfundenen Visusverschlechterung angegeben. Daher habe zu diesem Zeitpunkt noch keine Veranlassung zu einer weiteren Befunderhebung bestanden, zumal die Untersuchungen am selben Tag einen regelrechten Befund ergeben hätten.

20
Unter den gegebenen Umständen, dass der Eingriff unkompliziert verlaufen sei, die Kontrolle am ersten postoperativen Tag einen regelrechten Befund gezeigt habe und bei der Untersuchung gegen 03:00 Uhr kein Hypopyon vorgelegen habe, sei in den frühen Morgenstunden des 04.03.2017 die Annahme einer Endophthalmitis angesichts des kurzen Zeitintervalls extrem unwahrscheinlich und zunächst nicht in Betracht zu ziehen gewesen. Die angeordnete Gabe einer subkonjunktivalen Steroidgabe unter kurzfristiger Kontrolle mit gleichzeitiger telefonischer Rückmeldung sei daher nicht zu beanstanden gewesen. Erst bei der Untersuchung am Morgen des 04.03.2017 gegen 09:00 Uhr sei ein Hypopyon von ca. 1 mm durch den

Beklagten zu 2) festgestellt worden. Daraufhin habe er unverzüglich den Operateur Dr. … von einer Befundverschlechterung in Kenntnis gesetzt. Erst zu diesem Zeitpunkt habe somit von einer Endophthalmitis ausgegangen werden müssen. Anschließend sei unverzüglich geprüft worden, inwieweit eine notfallmäßige Versorgung des Klägers in der Klinik der Beklagten zu 1) möglich sei bzw. eine umgehende Verlegung des Klägers in das Klinikum … zu erfolgen habe. Die Zeitverzögerung zwischen Organisation der Verlegung und Vorstellung des Klägers im Klinikum … sei keineswegs unangemessen, sondern vielmehr durch den organisatorischen Aufwand einer ordnungsgemäßen Verlegung erklärbar. Der Beklagte zu 2) habe die notwendige Verlegung des Klägers nicht zurückgestellt, sondern diese nach telefonischer Rücksprache mit Dr. … veranlasst. Da eine Versorgung des Klägers während der Fahrt nicht erforderlich gewesen sei, sei die Bestellung eines Taxis sachgerecht gewesen und nicht zu beanstanden. Zudem habe das Verstreichen von vier weiteren Stunden bis zum Zeitpunkt des erneuten Eingriffs (10:30 Uhr bis 14:30 Uhr) im Klinikum … zweifellos zu einer weiteren Verschlechterung des Befundes sowie der Prognose geführt, obwohl in dem Überweisungsschreiben ausdrücklich auf die Verdachtsdiagnose einer Endophthalmitis hingewiesen worden sei. Jedenfalls könne dieser Zeitverzug den Beklagten nicht vorgeworfen werden.

21
Der Beklagten zu 1) könne nicht vorgeworfen werden, kein Notfallteam über das Wochenende ab dem Nachmittag des 03.03.2017 vorgehalten zu haben. Hierbei sei zu sehen, dass der bei weitem überwiegende Teil der Augenoperationen ambulant durchgeführt werden würden. Im Falle eines akuten Handlungsbedarfs würden die verantwortlichen Ärzte der Beklagten zu 1) ihre Patienten in eine der nächst gelegenen Augenkliniken überweisen. Dies sei nicht zu beanstanden, da das Operationsteam vor dem Hintergrund der Struktur der Augenklinik der Beklagten zu 1) zu klein sei, um rund um die Uhr operative Notfälle zu versorgen.

22
Auch bei einem sofortigen operativem Eingriff wären mit hoher Wahrscheinlichkeit dauernde Beeinträchtigungen verblieben.

23
Wegen der Einzelheiten wird auf das wechselseitige schriftsätzliche Vorbringen der Parteien nebst Anlagen Bezug genommen.

24
Mit Beweisbeschluss vom 06.02.2019 (Bl. 60 ff. d.A.) hat die Kammer ein schriftliches medizinisches Sachverständigengutachten eingeholt. Der gerichtlich bestellte Sachverständige Prof. Dr. … hat das schriftliche Sachverständigengutachten unter dem 30.04.2019 erstattet. Wegen der Einzelheiten wird auf die schriftlichen Ausführungen (Bl. 75 ff. d.A.) verwiesen.

25
Die Kammer hat am 18.02.2021 mündlich verhandelt. Hierbei sind der Kläger und der Beklagte zu 2) persönlich angehört worden. Zudem ist der Sachverständige Prof. Dr. … ergänzend mündlich angehört worden. Weiter sind die Zeugen Dr. med. … und … vernommen worden. Wegen der Einzelheiten wird auf die Sitzungsniederschrift vom 18.02.2021 (Bl. 116 ff. d.A.) ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

26
Die Klage ist zulässig (A.), aber in der Sache unbegründet (B.).

A.

27
Die Klage ist zulässig.

28
I. Das Landgericht Nürnberg-Fürth ist gemäß § 1 ZPO, §§ 71 Abs. 1, 23 Nr. 1 GVG sachlich und gemäß §§ 12, 13, 29 Abs. 1, 32 ZPO örtlich zuständig.

29

II. Der Klageantrag zu Ziff. I. ist zulässig. Insbesondere ist es zulässig, dem Gericht die Festlegung der Höhe eines angemessenen Schmerzensgeldes zu überlassen (Greger in: Zöller, Zivilprozessordnung, 33. Aufl. 2020, § 253 ZPO Rn. 14 f.). Eine Größenordnung (mindestens 50.000,00 €) und die Bemessungsgrundlagen sind angegeben.

30
III. Auch der Klageantrag zu Ziff. II. ist zulässig. Insbesondere hat der Kläger ein rechtliches Interesse an der beantragten Feststellung gemäß § 256 ZPO. Der Kläger hat ein schutzwürdiges Interesse an der Feststellung etwaiger Schadensersatzansprüche gegen die Beklagte, da diese gerade bestritten werden (vgl. Greger in Zöller, Zivilprozessordnung, 33. Aufl. 2020, § 256 ZPO, Rn. 7). Durch das Bestreiten liegt eine Unsicherheit für etwaige Ansprüche des Klägers vor. Das erstrebte Urteil ist geeignet, diese Unsicherheit zu beseitigen. Das erforderliche Feststellungsinteresse liegt bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen vor, wenn sich ein Schaden noch in der Entwicklung befindet oder aus anderen Gründen noch nicht abschließend beziffert werden kann; eine nur teilweise Bezifferbarkeit des Schadens erfordert nicht die Erhebung einer diesbezüglichen Leistungsklage, sondern lässt insgesamt die Erhebung einer Feststellungsklage zu (vgl. BGH NJW 1984, 1552, 1554; NJW-RR 2004, 79, 81).

B.

31
Die Klage ist jedoch insgesamt in der Sache unbegründet.

32
Dahinstehen kann, ob die Beklagte zu 1) aufgrund der Wahlleistungsvereinbarung passivlegitimiert ist.

33
Denn jedenfalls ist dem Kläger weder der Nachweis eines haftungsbegründenden Behandlungsfehlers noch der Nachweis eines haftungsbegründenden Aufklärungsmangels gelungen. Dem Kläger stehen daher weder gegen die Beklagte zu 1) noch gegen den Beklagten zu 2) ein Anspruch aufgrund einer Pflichtverletzung aus dem Behandlungsvertrag gemäß §§ 630a Abs. 2, 280 Abs. 1 BGB noch ein deliktischer Anspruch aus § 823 Abs. 1, Abs. 2 BGB i.V.m. § 229 StGB zu.

34
I. Dem Kläger ist der Nachweis eines Behandlungsfehlers nicht gelungen.

35
1. Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn die konkrete ärztliche Behandlung nicht dem anerkannten und gesicherten Stand der ärztlichen Wissenschaft entspricht, wenn also nach den Erkenntnissen der ärztlichen Wissenschaft unter den jeweiligen Umständen die objektiv erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen wurde (OLG Hamm NJW 2000, 1801 m.w.N.). Der Sorgfaltsmaßstab ist objektiv typisierend bestimmt und nicht subjektiv individuell. Es kommt auf die im jeweiligen Fachkreis des Arztes zu fordernde Sorgfalt an (Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 7. Auflage 2014, Rn. 2 zu B. I: 1.). Entscheidend ist vorliegend deshalb der Sorgfaltsmaßstab eines Augenarztes; es gilt das Prinzip der fachgleichen Begutachtung.

36
Die Darlegungs- und Beweislast für eine Pflichtverletzung trägt grundsätzlich der Geschädigte (BGH NJW 1987, 705). Anders ist dies jedoch, wenn sich gemäß § 630h Abs. 1 BGB ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat. Dann wird ein Fehler des Behandelnden vermutet. Die Behandlungsseite muss in diesem Fall darlegen und beweisen, dass sie alle erforderlichen organisatorischen und technischen Vorkehrungen ergriffen hatte, um das Risiko zu vermeiden. Voll beherrschbare Risiken sind dadurch gekennzeichnet, dass sie durch den Klinik- oder Praxisbetrieb gesetzt werden und durch dessen ordnungsgemäße Gestaltung ausgeschlossen werden können und müssen. Sie sind abzugrenzen von den Gefahren, die aus den Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus bzw. den Besonderheiten des Eingriffs in diesen Organismus erwachsen und deshalb der Patientensphäre zuzurechnen sind. Denn die Vorgänge im lebenden Organismus können auch vom besten Arzt nicht immer so beherrscht werden, dass schon der ausbleibende Erfolg oder auch ein Fehlschlag auf eine fehlerhafte Behandlung hindeuten würden. Bei ungeklärter Infektionsquelle kommt eine Umkehr der Darlegungs- und Beweislast nach den Grundsätzen über das voll beherrschbare Risiko dagegen nicht in Betracht. Sie tritt vielmehr nur dann ein, wenn feststeht, dass der Gesundheitsschaden aus

der von der Behandlungsseite vollbeherrschbaren Sphäre hervorgegangen ist. Maßgebend ist allein, dass sich das Gesundheitsrisiko mit möglichen und wirtschaftlich zumutbaren Sorgfaltsmaßnahmen nicht nur vermindern, sondern auf null reduzieren lässt, also ausgeschlossen werden kann, dass der Patient den Schaden auch bei sorgfaltsgemäßer Behandlung erlitten hätte (vgl. BGH VersR 2016, 1380; Wagner in: MüKoBGB, 8. Aufl. 2020, § 630h BGB Rn. 26).

37
2. Das Gericht stützt sich bei seiner Entscheidung insbesondere auf die gutachterlichen Ausführungen von Prof. Dr. … in seinem schriftlichen Gutachten vom 30.04.2019 und seinen ergänzenden Ausführungen in der mündlichen Verhandlung am 18.02.2021 sowie auf die Angaben des Zeugen Dr. … in der mündlichen Verhandlung am 18.02.2021.

38
Aus Sicht der Kammer, die sich den nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen vollumfänglich nach eigener kritischer Prüfung anschließt, liegt kein Hygieneverstoß vor (dazu a). Selbst bei unterstellter Annahme eines Hygieneverstoßes kann der Kläger jedenfalls den Nachweis der Kausalität nicht erbringen (dazu b). Auch im Übrigen war die Behandlung frei von jeglichen Behandlungsfehlern (dazu c).

39
a) Ein Hygieneverstoß liegt nicht vor.

40
(1) Der Operateur Dr. … gab im Rahmen seiner Vernehmung in der mündlichen Verhandlung an, dass er an die konkreten Hygienemaßnahmen, die vor der Operation bei dem Kläger getroffen worden seien, keine Erinnerung mehr habe. Es gebe aber eine übliche Praxis, so dass er davon ausgehe, dass diese auch im vorliegenden Fall zu Anwendung gekommen sei. Diese Praxis umfasse eine Desinfektion mit Jod, die von den OP-Schwestern vorgenommen werde. Während die Bindehaut desinfiziert werde, sei der Operateur regelmäßig bereits anwesend. Der Operateur selbst nehme eine Händedesinfektion vor und trage einen sterilen Kittel. Über den gesamten Kopf des Patienten werde ein Abdecktuch gelegt, das im Gesichtsbereich durch eine durchsichtige Folie gefenstert sei und am operierenden Auge eingeschnitten werde. Das Aufbringen des Abdecktuchs und das Einsetzen der Lidsperre nehme er selbst vor. Es handele sich um ein standardmäßiges Vorgehen, es würde kaum Unterschiede von Operateur zu Operateur geben.

41
Weiter gab der Zeuge an, dass er auch die Einhaltung der Hygienemaßnahmen durch das OP-Personal kontrolliere, da es – gerade wenn es sich um neues Personal handele – manchmal notwendig sei, korrigierend einzugreifen. Dieses Vorgehen werde bei jeder intraokularen Operation angewandt. Auch seien seit dem Zeitpunkt, als er in die Klinik kam, keine wiederverwendbaren Instrumente benutzt worden. Da es sich um ein standardmäßiges Vorgehen handele, habe er es nicht für notwendig gehalten, dieses in jedem Operationsbericht zu dokumentieren.

42
(2) Der Sachverständige führte hierzu in seinem schriftlichen Gutachten aus, dass die „Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH)“ im Jahr 2003 eine Leitlinie zur Prophylaxe und Therapie von Endophthalmitiden formuliert habe. Diese Leitlinie beinhalte neben den baulichen Anforderungen an die Operationseinheit, dem Verhalten in der ophthalmologischen OP-Einheit auch fundierte Empfehlungen bezüglich der Abdeckung der Periorbita und der Antiseptik. Zur periorbitalen Hautantiseptik könne 10 %-PVP-Iod Lösung, bei Kontraindikationen ein alkoholisches Hautantiseptikum auf Ethanolbasis angewandt werden. Der Nutzen einer topischen präoperativen Antibiotikaprophylaxe sei nicht nachgewiesen. Eine systematische präoperative Antibiotikaprophylaxe sei unüblich und würde in keinem vernünftigen Nutzen-Risiko Verhältnis stehen. Eine präoperative Antisepsis werde bei jedem operativen Eingriff in der Medizin als selbstverständlich vorausgesetzt.

43
In der mündlichen Verhandlung führte der Sachverständige ergänzend aus, dass die von Dr. … geschilderten Hygienemaßnahmen – sollten sie so vorgenommen worden sein – dem üblichen Standard entsprechen würden. Dies umfasse auch das Abdecktuch, da die Operation unter Vollnarkose vorgenommen worden sei.

44

Weiter führte der Sachverständige aus, dass die präoperative Antisepsis praktisch nie dokumentiert werden. Auch wenn eine Dokumentation im übrigen vielfach im OP-Bericht vorgenommen werde, so bestehe jedoch keine Dokumentationspflicht für die präoperative Antisepsis.

45
Ergänzend führte der Sachverständige aus, dass sich aus der Dokumentation zwar nicht ergebe, ob alle OP-Instrumente sterilisiert gewesen seien. Jedoch würden bei einer solchen Operation zum größten Teil Wegwerfartikel verwendet werden, die steril geliefert werden. Auch das RKI habe empfohlen, dass sämtliche Hohlraumartikel als Wegwerfartikel zu verwenden seien. Auch in baulicher Hinsicht sei die Hygiene schon deshalb gewährleistet, weil der TÜV den Operationssaal jeweils abnehmen müsse.

46
Weiter führte der Sachverständige aus, dass eine Endophthalmitis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bei solchen Operationen auftrete. Sie beruhe auf einer Keimbelastung während der Operation. Die Antisepsis könne die Keimzahl zwar reduzieren, jedoch nicht auf Null. Ein gewisses Risiko würde verbleiben. Eine postoperative Keimverschleppung, die zur Endophthalmitis führe, könne bei dieser Art von Operation ausgeschlossen werden.

47
(3) Für die Kammer, die sich den nachvollziehbaren und in sich schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. med. … vollumfänglich anschließt und nach eigener kritischer Prüfung zu eigen macht, steht daher fest, dass die geltenden Hygienestandards bei der Operation am 02.03.2017 eingehalten worden sind.

48
Der Sachverständige konnte aufgrund der der Begutachtung zugrunde gelegten Unterlagen nachvollziehbar, plausibel und auch für medizinische Laien verständlich die medizinischen Fragen klären sowie die hieraus resultierende Problematik darstellen. Der Sachverständige begründete seine Ergebnisse auch widerspruchsfrei, logisch nachvollziehbar und plausibel. Er ging dabei von den richtigen Anknüpfungstatsachen aus. Seine Ausführungen lassen zudem eine große Sachkunde erkennen.

49
Der Sachverständige war zur Begutachtung auch fachlich geeignet. Er ist Augenarzt und Direktor der Augenklinik – Städtisches Klinikum in ….

50
Auch hat die Kammer keine Zweifel an den Angaben des Zeugen Dr. …. Dieser hat detailliert und anschaulich geschildert, welche konkreten Hygienemaßnahmen grundsätzlich getroffen werden. Es ist für die Kammer auch nachvollziehbar, dass sich der Zeuge an die konkrete Operation, die bereits fast 4 Jahre zurückliegt, nicht mehr erinnern kann. Es besteht für die Kammer jedoch kein Zweifel daran, dass bei der streitgegenständlichen Operation die üblich durchgeführten Hygienemaßnahmen ebenfalls vorgenommen worden sind. Anhaltspunkte dafür, dass im vorliegenden Fall von der üblichen Routine abgewichen worden ist, sind für die Kammer nicht erkennbar und würden auch von der Klageseite nicht vorgetragen.

51
Dahinstehen kann daher, ob dem Kläger die Beweislastumkehr nach § 630h Abs. 1 BGB zugute kommt. Denn jedenfalls kann sich die Behandlungsseite entlasten, da für die Kammer nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen und des Zeugen Dr. … feststeht, dass der Beklagtenseite keine Hygienefehler unterlaufen sind und die Operation den festgelegten Standards entsprechend steril verlaufen ist.

52
b) Im Übrigen fehlt es selbst bei der (unterstellten) Annahme eines Hygienefehlers an der erforderlichen Kausalität. Diese ist von der Klägerseite zu beweisen.

53
Der Sachverständige hat hierzu in der mündlichen Verhandlung ausgeführt, dass eine Endophthalmitis auf einer Keimbelastung während der Operation beruhe. Die Antisepsis könne die Keimzahl zwar reduzieren, allerdings nicht bis auf Null. Es verbleibe daher ein gewisses Risiko.

54

Die Kammer kann sich daher nicht die Überzeugung bilden, dass die aufgetretene Endophthalmitis zwingende Folge eines (unterstellten) Hygienefehlers ist, da eine Endophthalmitis – nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen, denen sich die Kammer nach eigener kritischer Würdigung vollumfänglich anschließt – auch bei Einhaltung sämtlicher geltender Hygienestandards auftreten kann, da eine Antisepsis nicht die Reduzierung der Keimzahl bis auf Null bewirken kann.

55
c) Auch im Übrigen gelingt dem Kläger nicht der Nachweis eines haftungsbegründenden Behandlungsfehlers.

56
(1) Der Beklagte zu 2) hat in seiner persönlichen Anhörung im Rahmen der Beweisaufnahme auf Nachfrage des Sachverständigen ausgeführt, dass er bei der Untersuchung in der Nacht den Visus des Klägers bestimmt habe. In der Nacht habe der Kläger noch „Handbewegungen“ wahrgenommen. Bei der zweiten Untersuchung am Morgen des 04.03.2017 habe er ebenfalls den Visus des Klägers bestimmt und habe „Lichtschein“ ermitteln können.

57
(2) Der Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass ein fehlerhaftes oder verspätetes Handeln von Seiten des diensthabenden Arztes zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung in der Nacht nicht vorgelegen habe. Es würden sich auch im Übrigen keine medizinischen oder zeitlichen Versäumnisse nachweisen lassen. Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung in der Nacht vom 03.03.2017 auf den 04.03.2017 hätte es noch keine sicheren eindeutigen Hinweise auf eine floride Endophthalmitis gegeben, sodass eine Verlegung in das Klinikum … noch nicht indiziert gewesen sei. Die schon vorhandene lokale antibiotische und steroidale Therapie sei intensiviert worden. Diese Intensivierung der Therapie sei medizinisch korrekt und zunächst ausreichend gewesen. Bereits um 09.00 Uhr des nächsten Morgens, also ca. 6 Stunden später, sei die nächste Untersuchung erfolgt. Dort sei dann der Verdacht auf eine Endophthalmitis gestellt und der Patient in das Klinikum … verlegt worden. Hierbei habe eine telefonische Rücksprache mit einem Arzt des Klinikums … mit der Angabe des Verdachts auf eine Endophthalmitis stattgefunden, sodass das Klinikum … in ausreichender Weise informiert worden sei.

58
Im Rahmen der mündlichen Verhandlung führte der Sachverständige weiter aus, dass die vom Kläger geschilderte Entwicklung des Reizzustandes und der Schmerzen plausibel klingen würden. Jedoch würden sich auch danach aus dem dokumentierten Verlauf keine Versäumnisse bei der Behandlung ergeben. Wenn die Sehschärfe noch Handbewegungen erfasse, bestehe noch keine zwingende Indikation für eine sofortige Operation. Wenn ein Patient sage, er sehe gar nichts mehr, dürfe dies nicht unbedingt wörtlich genommen werden. Ein Patient, der nur noch Handbewegungen wahrnehme, habe oft das Gefühl, überhaupt nichts mehr zu sehen. Nach der Operation habe der Visus beim Kläger noch 0,2 betragen. Wenn der Visus nun auf Handbewegungen absinke, so sei es nachvollziehbar, dass der Patient sage, dass er nichts mehr sehe. Die zwingende Indikation für eine Operation bestehe erst dann, wenn nur noch Lichtschein wahrgenommen werde. Vorliegend sei dann aber rechtzeitig gehandelt worden. Weiter führte der Sachverständige aus, dass er sich diesbezüglich auf die Guideline nach einer grauen Star Operation beziehe, da für die streitgegenständliche Operation keine Guidelines existieren würden. Nur durch einen Reizzustand, also durch dessen negative Veränderung bei Therapie, könne man den Verdacht auf Endophthalmitis begründen. Aus der Dokumentation könne man einen solchen Verdacht zwar ableiten, jedoch nicht sagen, ab welcher Uhrzeit von einem Verdacht auszugehen gewesen sei. Da der Beklagte zu 2) den Zustand des Patienten jedoch adäquat beschrieben und sich rückversichert habe, sehe der Sachverständige keine Versäumnisse bei der Feststellung des Verdachts auf eine Endophthalmitis.

59
Weiter führte der Sachverständige aus, dass in der Klinik der Beklagten zu 1) ein ärztlicher telefonischer Bereitschaftsdienst existiere. Nachdem sich laut der Dokumentation am 04.03.2017 gegen 02:30 Uhr die Schmerzen intensiviert und sich der Visus verschlechtert hätte, sei der Beklagte zu 2) informiert worden. Dieser sei innerhalb von 30 Minuten in der Klinik eingetroffen und habe den Kläger untersucht. In einem Haus mit stationären Patienten müsse ein Notfallteam für postoperative Fälle vor Ort sein, um lebensbedrohliche Situationen ohne Zeitverzögerung behandeln zu können. Dies gelte jedoch nicht zwingend für die Disziplin der Augenheilkunde. Der zuständige Augenarzt sollte allerdings für

augenheilkundliche Notfälle nach einem adäquaten Zeitraum zur Verfügung stehen. Dies sei vorliegend der Fall gewesen, da nach 30 Minuten die Untersuchung bereits durchgeführt worden war. Eine solche augenheilkundliche Notdienstbesetzung sei in zahlreichen (kleineren) Häusern und Belegabteilungen durchaus üblich.

60
(3) Die Kammer kann sich aufgrund der nachvollziehbaren und in sich schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. … denen sie sich vollumfänglich anschließt und sich die Ausführungen nach eigener kritischer Prüfung zu eigen macht, nicht die Überzeugung bilden, dass die Behandlung durch die Beklagten behandlungsfehlerhaft erfolgte. Die sachverständigen Ausführungen haben die Kammer davon überzeugt, dass zum einen die Behandlung lege artis erfolgt ist und zum anderen der in der Beklagten zu 1) praktizierte ärztliche telefonische Bereitschaftsdienst ausreichend für den Bereich der Augenheilkunde ist. Es konnten weder Mängel bei der Behandlung des Klägers in der Klinik der Beklagten zu 1) noch Mängel bei der Verlegung des Klägers in das Klinikum … festgestellt werden.

61
Die Angaben des Beklagten zu 2) waren für die Kammer in sich schlüssig und nachvollziehbar. Auch wurde von der Klagepartei insbesondere nicht in Frage gestellt, dass bei der ersten Untersuchung durch den Beklagten zu 2) in der Nacht der Visus bestimmt worden ist und der Kläger hierbei noch „Handbewegungen“ wahrgenommen hat. Die Angaben des Beklagten zu 2) decken sich zudem auch mit der Dokumentation sowie den Angaben im Kurzbericht (Anlage K2), in welchem ausgeführt ist, dass bei der Visus-Bestimmung im Rahmen der zweiten Untersuchung nur noch „Lichtschein“ ermittelt werden konnte und sodann die Verlegung in das Klinikum … angeordnet wurde.

62
Aufgrund der nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen kann aus Sicht der Kammer dahinstehen, wann der Kläger erstmals Schmerzen und Reizzustände verspürt hat. Entscheidend nach den Ausführungen des Sachverständigen war die Bestimmung des Visus bei der ersten Untersuchung in der Nacht. Da die Sehschärfe in der Nacht noch Handbewegungen erfasst hat, bestand zu diesem Zeitpunkt noch keine Indikation zur Operation.

63
(4) Eine einen Behandlungsfehler begründende Pflichtverletzung liegt auch nicht deshalb vor, weil – nach den Ausführungen des Klägers in der mündlichen Verhandlung vor der Kammer entgegen der Wahlleistungsvereinbarung – der Beklagte zu 2) die postoperative Nachbehandlung durchgeführt hat.

64
Die postoperative Nachbehandlung durch den Beklagten zu 2) erfolgte nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen dem Facharztstandard entsprechend. Da der Facharztstandard in materieller Hinsicht gewahrt wurde, erübrigen sich, auch Ausführungen dazu, ob der Beklagte zu 2) im übrigen über zureichende Fachkenntnisse verfügt hat. Einen kausalen Schaden konnte der Kläger nicht nachweisen.

65
II. Ein Aufkläruhgsmangel liegt nicht vor. Die Kammer ist davon überzeugt, dass keine Fehler bei der Aufklärung vorliegen. Daher kann auch diesbezüglich dahinstehen, ob dieser Einwand verspätet i.S.d. § 296a ZPO ist.

66
Der Sachverständige hat in seiner Anhörung im Rahmen der mündlichen Verhandlung – entgegen den Ausführungen des Klägers im Schriftsatz vom 02.03.2021 – zu keinem Zeitpunkt ausgeführt, dass der Kläger darüber hätte aufgeklärt werden müssen, dass die Beklagte zu 1) nicht in der Lage gewesen sei, einen dem Facharztstandard, entsprechenden postoperativen augenärztlichen Notdienst zu organisieren.

67
Im Gegenteil hat der Sachverständige nach der Überzeugung der Kammer festgestellt, dass für ihn auch nach der durchgeführten Beweisaufnahme weiterhin keine Versäumnisse erkennbar sind und damit der Facharztstandard gerade gewahrt wurde. Auch hat der Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten für die Kammer nachvollziehbar ausgeführt, dass der bei der Beklagten zu 1) eingerichtete telefonische Bereitschaftsdienst für den Bereich Augenheilkunde als ausreichend erscheint.

68
Daher gelangt die Kammer zu der Überzeugung, dass keine Aufklärung hierüber zu erfolgen hat.

69
III. Das Vorbringen des Klägers in dem Schriftsatz vom 8.3.2021, dass er in eine Behandlung durch den Beklagten zu 2) nicht eingewilligt habe, ist gemäß § 296a S. 1 ZPO verspätet und damit unbeachtlich. Gemäß § 296a S. 1 ZPO können Angriffs- oder Verteidigungsmittel nach Schluss der mündlichen Verhandlung, auf die das Urteil ergeht, nicht mehr vorgebracht werden.

70
Der Einwand fehlender Einwilligung wurde vom Kläger erstmals im Schriftsatz vom 8.3.2021 erhoben. Es handelt sich hierbei um ein neues Angriffsmittel. Denn dass der Kläger bei Kenntnis der postoperativen Behandlung durch den Beklagten zu 2) eine Operation durch Dr. … abgelehnt hätte, ist ein neuer tatsächlicher Vortrag. Dasselbe gilt für die Behauptung, die postoperative Versorgung nach der morgendlichen Kontrolle durch Dr. … am 3.3.2017, gehöre noch zu der „seine Disziplin prägenden Kernleistung“. Auch ist der Einwand fehlender Einwilligung in rechtlicher Hinsicht nicht lediglich eine allgemeine Rechtsausführung, sondern eine neue rechtliche Behauptung, weil damit ein bisher nicht erörterter rechtlicher Gesichtspunkt in den Rechtsstreit eingeführt werden soll (vgl. Greger in Zöller, ZPO, 33. Aufl. 2020, § 282 ZPO Rn. 2, 2b).

71
Der Vortrag der Klagepartei ist nicht in einem nachgelassenen Schriftsatz erfolgt. Hier wurde die mündliche Verhandlung im Termin am 18.02.2021 geschlossen, nachdem die Parteivertreter zuvor die Anträge gestellt hatten und zugleich Termin zur Verkündung einer Entscheidung auf den 22.04.2021 bestimmt worden ist. Zwar ist den Parteivertretern eine Schriftsatzfrist eingeräumt worden. Diese betrifft jedoch ausweislich des Protokolls zur mündlichen Verhandlung ausschließlich eine Stellungnahme zum Ergebnis der Beweisaufnahme. Das neue Angriffsmittel war jedoch weder Gegenstand der Beweisaufnahme noch ergibt es sich aus dieser. Grundlage war vielmehr die Wahlleistungsvereinbarung, die vor Beginn der Beweisaufnahme in den Rechtsstreit eingeführt wurde und deren Abschluss unstreitig geblieben ist.

72
Es bestand auch kein Grund i.S.d. § 156 ZPO, die Verhandlung wieder zu eröffnen. Ein zwingender Wiedereröffnungsgrund nach § 156 Abs. 2 ZPO ist nicht ersichtlich und wird von der Klagepartei auch nicht geltend gemacht. Auch war das Ermessen der Kammer (§ 156 Abs. 1 ZPO) nicht dahin auszuüben, dass eine Wiedereröffnung erfolgen soll. Die Wahlleistungsvereinbarung lag dem Kläger während des gesamten Verfahrens vor. Auch die unstreitige Tatsache, dass der Zeuge Dr. … am 03.03.2017 seinen geplanten Urlaub angetreten hat, ergibt sich bereits aus der Klageerwiderung. Dem Klägervertreter war es damit geraume Zeit vor Durchführung der Beweisaufnahme und vor dem Schluss der mündlichen Verhandlung möglich, diesen Einwand zu erheben.

73
Der verspätete Vortrag des Klägers ist auch nicht ausnahmsweise nach §§ 296a S. 2, 139 Abs. 5, 283 ZPO beachtlich.

74
IV. Die Kostenentscheidung folgt aus § 91 ZPO. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus § 709 ZPO.