

Leitsatz:

1. Die am Vortag einer Bypass-Operation gegen 16:00 Uhr erfolgte Risikoaufklärung des Patienten ist noch als rechtzeitig anzusehen.
2. Geht der aufklärende Arzt aufgrund eines einfachen Diagnoseirrtums davon aus, dass eine Stentimplantation keine Alternative zu der beabsichtigten Bypass-Operation ist, scheidet seine Haftung wegen einer unzureichenden Aufklärung über Behandlungsalternativen aus.
3. Ob die postoperative Wundbehandlung des Thorax nach einer solchen Operation fachgerecht war, ist ausgehend vom herzchirurgischen Standard zu beurteilen; der Einholung eines mikrobiologischen Sachverständigengutachtens bedarf es hierzu nicht.

OLG Dresden, 4. Zivilsenat, Urteil vom 21. August 2020, Az.: 4 U 1349/18



Oberlandesgericht  
Dresden

Zivilsenat

Aktenzeichen: **4 U 1349/18**  
Landgericht Dresden, 6 O 2945/12

Verkündet am: 21.08.2020

I.....  
Urkundsbeamte/r der Geschäftsstelle

## IM NAMEN DES VOLKES

### URTEIL

In dem Rechtsstreit

Dr. G..... R....., ...

- Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigte:  
Rechtsanwältin A..... G....., ...

gegen

XXX, ...  
vertreten durch den Geschäftsführer S..... T.....

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:  
Rechtsanwälte L....., H....., E....., ...

wegen Schadensersatz

hat der 4. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Dresden durch

Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht S.....,  
Richterin am Oberlandesgericht R..... und  
Richterin am Oberlandesgericht Z.....

aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 14.07.2020 am 21.08.2020

**für Recht erkannt:**

1. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Landgerichts Dresden vom 30.07.2018 - 6 O 2945/12 - wird zurückgewiesen.
2. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin.
3. Das Urteil sowie das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin kann die Vollstreckung der Beklagten durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.
4. Die Revision wird nicht zugelassen.

### **Beschluss:**

Der Gegenstandswert des Berufungsverfahrens wird auf 540.041,91 € festgesetzt.

### **G r ü n d e :**

#### **I.**

Die am 20.01.1949 geborene Klägerin - von Beruf ..... - begehrt Schadensersatz und Schmerzensgeld sowie die Feststellung der Erstattungspflicht weiterer Schäden wegen behaupteter fehlerhafter ärztlicher Behandlung.

Die an Adipositas, Diabetes mellitus Typ II und arterieller Hypertonie leidende Klägerin erlitt am 05.02.2010 einen Herzinfarkt. Die am selben Tag durchgeführte Koronarangiographie ergab eine Zweigefäßherzerkrankung mit einer hochgradigen Stenosierung, woraufhin der Klägerin am 05.02.2010 in der ..... S..... zwei Stents implantiert wurden. Am 19.04.2010 stellte sie sich im Hause der Beklagten zu einer Herzkatheteruntersuchung vor, die am gleichen Tag durchgeführt wurde. Im Arztbrief vom 23.04.2010 wurde eine koronare Zweigefäßherkrankung mit einer proximalen Stenose des RIVA (einer der beiden Hauptäste der Herzarterie) sowie eine 70 %ige In-Stent-Restenose des RIVA-Stents festgehalten und die Indikation für eine Bypass-Operation gestellt. Am 20.04.2010 fand ein Gespräch zwischen der Klägerin und der Zeugin Prof. Dr. S..... statt, dessen Einzelheiten streitig sind. Am 21.04.2010 unterzeichnete die Klägerin den Aufklärungsbogen zur Einwilligung in die Bypass-Operation, die am 22.04.2010 durchgeführt wurde. Postoperativ stieg der CRP-Wert bis zum 28.04.2010 auf 231 mg/l und sank in der Folge auf 123 mg/l (am 01.05.2010) und 64,9 mg/l (am 12.05.2010). Die Leukozyten stiegen bis zum 28.04.2010 auf 17,5 Gpt/l und sanken bis 09.05.2010 in den Normalbereich. Am 01.05.2010 wurde die Wunde als gerötet beschrieben, am 03.05.2010 kam es zu einer serösen Sekretion. Am 04.05.2010 fand ein Thorax Röntgen statt. Ab dem 06.05.2010 erhielt die Klägerin das Antibiotikum Ciprobay 500. Die Klammern wurden am 09.05.2010 entfernt, woraufhin eine Wunddehiszenz entstand. Am 10.05.2010 wurde eine VAC-Vakuumanlage angelegt, in der Folgezeit erfolgten Verbandwechsel mit Octenisept. Die Klägerin wurde auf eigenen Wunsch am 17.05.2010 in das xxxklinikum xxx in L..... verlegt. Dort erfolgte am 18.05.2010 ein VAC-Wechsel, und am 20.05.2010 wurde die Sternumwunde komplett eröffnet. Das Material wurde entfernt und ein Wunddebridement durchgeführt. Es erfolgte eine Reverdrahtung und -verplattung mit Thoraxverschluss am 02.06.2010. In der Folgezeit wurden zahlreiche VAC-Wechsel und Debridements durchgeführt. Die Klägerin wurde am 13.08.2010 aus der stationären Behandlung entlassen und die Wundbehandlung ambulant fortgesetzt. Im

Oktober 2010 konnte sie ihre Berufstätigkeit mit eingeschränkter Arbeitszeit wieder aufnehmen.

Die Klägerin hat behauptet, es habe schon keine Indikation für eine Bypass-Operation bestanden. Der Befund über die Herzkatheteruntersuchung betreffe eine andere Patientin, denn in dem Befundbericht vom 19.04.2010 seien - insoweit unstrittig - ihre Größe, ihr Gewicht und auch der sie behandelnde Hausarzt fehlerhaft vermerkt worden. Im Rahmen der Aufklärung sei nicht auf mögliche Behandlungsalternativen hingewiesen, vielmehr sei sie zur Bypass-Operation gedrängt worden. Auch eine korrekte Risikoaufklärung habe nicht stattgefunden. Die Operation sei nicht lege artis erfolgt, das Sternum nicht mittig durchtrennt worden. Die postoperative Behandlung der aufgetretenen Infektion sei grob fehlerhaft und unzureichend gewesen. Wegen der Infektzeichen, insbesondere des pathologisch erhöhten CRP Werts, hätte schon am 29.04.2010 eine operative Revision und Reinigung der Wunde sowie eine Antibiose stattfinden müssen. Zudem habe die VAC-Anlage nicht ordnungsgemäß gearbeitet. Die Klägerin habe infolge dessen an starken Schmerzen gelitten und sich zuletzt in einem lebensbedrohlichen Zustand befunden, das Sternum sei regelrecht zerstört worden. Hätten die Behandler der Beklagten auf die Infektion rechtzeitig reagiert, wäre es nicht zu einem Sternuminfekt und den weitreichenden Operationen und Behandlungen gekommen. Wegen der bei ihr eingetretenen posttraumatischen Belastungsstörung habe sie Anspruch auf Schmerzensgeld in Höhe von 70.000,00 €. Des Weiteren stehe ihr ein Anspruch auf Verdienstausschlag, Haushaltsführungsschaden, krankheitsbedingte Umbaukosten des Eigenheimes sowie eine monatliche Haushaltsführungsrente zu.

Das Landgericht hat am 11.06.2014 ein Teilversäumnisurteil erlassen, gegen das die Beklagte mit Schriftsatz vom 26.06.2014 Einspruch eingelegt hat. Das Landgericht hat Zeugen vernommen und Sachverständigengutachten von Prof. Dr. P..... (Kardiologe) sowie Prof. Dr. D..... (Herzchirurg) eingeholt und sodann die Klage mit Urteil vom 30.07.2018 - auf das wegen der weiteren Einzelheiten Bezug genommen wird - abgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin. Sie behauptet, der Eingriff sei allenfalls relativ indiziert und nicht dringlich gewesen. Die Beklagte sei für eine ordnungsgemäße Aufklärung beweisfällig geblieben. Über das Gespräch mit Prof. Dr. S..... gebe es keine Aufzeichnungen, die Angaben der Zeugen seien widersprüchlich geblieben. Auf Alternativen sei sie nicht hingewiesen worden. Auch über Wundheilungsstörungen sei sie nicht hinreichend aufgeklärt worden. Zudem sei die Aufklärung in zu kurzem zeitlichen Abstand vor dem Eingriff am Vorabend um 20.00 Uhr durchgeführt worden und damit verspätet. Fehlerhaft habe das Landgericht angenommen, dass die postoperative Betreuung der Klägerin behandlungsfehlerfrei gewesen sei. Es habe sich insoweit nicht ausreichend mit dem Privatgutachten von Prof. Dr. S..... (Facharzt für Viszeral- und Unfallchirurgie und Orthopädie) auseinandergesetzt, der einen Fehler eindeutig bejaht habe. Unzutreffend sei die Annahme des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. D....., es handele sich bei der Frage, wie ein Sternuminfekt zu behandeln sei, um einen Lagerstreit. Die Erhöhung der Entzündungsparameter sei richtungsweisend gewesen. Die Sternuminfektion hätte ab dem 29.04.2010 operativ revidiert werden müssen. Das frühzeitige Debridement sei bei einer Sternumosteomyelitis Standard, was sich aus einer Abhandlung im Chirurgenmagazin aus Mai 2011 entnehmen lasse. Es hätte frühzeitig ein bakteriologischer Abstrich genommen und anschließend eine Antibiose durchgeführt werden müssen. In diesem Zusammenhang habe das Landgericht auch die Aussage der Zeugin R..... nicht ausreichend gewürdigt, die ein extremes Exsudat bestätigt habe. Die Dokumentation zum Zustand der Klägerin sei

fehlerhaft und bagatellisierend. Es hätte der Zeuge Prof. Dr. S..... - der Nachbehandler aus dem xxxklinikum xxx - zu dem Zustand der Klägerin gehört werden müssen. Zudem hätte es der Einholung eines infektiologischen Gutachtens und eines Obergutachtens bedurft.

**Die Klägerin beantragt,**

**1.**

**Das Urteil des Landgerichts Dresden vom 30.07.2018, Az.: 6 O 2945/12 wird aufgehoben.**

**2.**

**Das Teilversäumnisurteil des Landgerichts Dresden vom 11.06.2014, Az.: 6 O 2945/12 wird aufrechterhalten.**

**3.**

**Die Beklagte wird über das Teilversäumnisurteil des Landgerichts Dresden vom 11.06.2014 hinaus verurteilt, an die Klägerin weitere 383.869,72 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klage zu bezahlen.**

**4.**

**Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.**

**5.**

**Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die außergerichtlich erwachsene Geschäftsgebühr in Höhe von 4.690,66 € zu bezahlen nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klage.**

**Die Beklagte beantragt,**

**die Berufung zurückzuweisen.**

Sie verteidigt das landgerichtliche Urteil. Zu Recht habe sich das Landgericht auf die Ausführungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. D..... gestützt, der keinen Anlass für eine Operation wegen des erhöhten CRP-Wertes gesehen habe. Es seien auch keine weiteren diagnostischen Maßnahmen erforderlich gewesen. Die postoperative Behandlung habe dem Facharztstandard entsprochen.

Der Senat hat gemäß § 412 ZPO ein Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. W..... (Herzchirurg) eingeholt. Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die von den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. P....., Prof. Dr. D..... sowie Prof. Dr. W..... und das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 14.07.2020 Bezug genommen.

**II.**

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

A

Der Klägerin steht gegen die Beklagte kein Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld gemäß §§ 280, 278, 249, 253 BGB zu.

1.

Zu Recht hat das Landgericht die Durchführung der Bypass-Operation vom 22.04.2010 nicht als Behandlungsfehler gesehen.

Bei der Klägerin wurde am 19.04.2010 eine koronare Zweigefäßerkrankung mit einer proximalen Stenose des RIVA und eine 70%ige In-Stent-Restenose des RIVA Stents zwei Monate nach Implantation von zwei Stents im Februar 2010 festgestellt. Ohne Erfolg beanstandet die Klägerin in diesem Zusammenhang, dass der Herzkatheterbefund vom 19.04.2010 nicht von ihr stamme und daher nicht Grundlage für die Indikationsstellung sein könne. Es ist zutreffend, dass Größe, Gewicht und Hausarzt der Klägerin in dem Befund nicht korrekt wiedergegeben werden, jedoch hat sich das Landgericht in berufsrechtlich nicht zu beanstandender Weise nach Einvernahme der Zeugin Prof. Dr. S..... davon überzeugt, dass der Herzkatheterbefund von der Klägerin stammt. An diese Feststellungen ist der Senat gemäß § 529 Abs. 1 Nr. 1 ZPO gebunden, wenn nicht konkrete Anhaltspunkte Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit der entscheidungserheblichen Feststellungen begründen. Dies ist hier aber nicht der Fall. Die Zeugin Prof. Dr. S..... - deren Angaben das Landgericht ohne Fehler bei der Beweiswürdigung für glaubhaft und überzeugend gehalten hat - hat vor dem Landgericht behauptet, dass sie sich an die Klägerin noch entsinnen könne und sie die Untersuchung selbst durchgeführt habe. Sie habe zwei Engstellen festgestellt, und wegen des sehr schnellen Wiederverschlusses habe sie Prof. Dr. M..... während der Herzkatheteruntersuchung hinzugezogen, um das weitere Vorgehen mit ihm zu erörtern. Die Falscheintragungen in der Ambulanzakte bezeichnete sie als Schlampigkeit. Sie sei sich aber sicher, dass der Befund der Klägerin zuzuordnen sei, denn es sei dazu auch ein Film mit Namensnennung der Patientin in den entsprechenden Behandlungsunterlagen vorhanden.

In dieser Situation war nach den überzeugenden Ausführungen der gerichtlich bestellten Sachverständigen Prof. Dr. P..... und Prof. Dr. W..... die Entscheidung für eine Bypass-Operation jedenfalls nicht behandlungsfehlerhaft.

Prof. Dr. P..... hat seine Auffassung mit der frühzeitigen Restenose in dem implantierten Stent und der raschen Progredienz der Erkrankung begründet und die Bypass-Operation als durchaus übliche, gut etablierte und mit Studiendaten bestens belegte therapeutische Alternative bezeichnet, die insbesondere bei Diabetikern - wie der Klägerin - von prognostischem Vorteil sei. Für den hier gegebenen Fall einer Gefäßerkrankung mit LAD-Beteiligung (left anterior descending artery - Blutgefäß am Herzen) werde in der medizinischen Praxis daher eher ein chirurgisches Vorgehen empfohlen als der Einsatz von Stents. Dies steht mit den Angaben des vom Senat zugezogenen Gutachters Prof. Dr. W..... in Einklang. Er hat darüber hinausgehend die Bypass Operation sogar als einzig richtige Behandlungsoption bezeichnet und dies damit begründet, dass sich bei der Klägerin binnen kurzer Zeit nach dem erstmaligen Einsatz von Stents in S..... eine Restenose der Stents und eine de-novo-Stenose oberhalb des Stents in einem wichtigen Herzkranzgefäß gebildet hätten. In einer solchen Situation sehe gerade für Diabetiker die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie vorrangig den Einsatz eines Bypasses vor. Nach den ESC Pocket Guidelines der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie aus dem Jahre 2011, die dem seinerzeitigen Erkenntnisstand der Kardiochirurgie zutreffend dargestellt hätten, solle, die

ACB-Operation (Anmerkung: Bypass) gegenüber der Erweiterung von stenosierten Arterien bei Patienten mit Diabetes und Hauptstamm-Stenosen und/oder fortgeschrittener Mehrgefäß-KHK bevorzugt werden.

Dies steht auch nicht im Widerspruch zu den von der Klägerin vorgelegten Privatgutachten. Der Privatgutachter Prof. Dr. S..... hat die Indikation für den vorgenommenen Eingriff in seinem Gutachten vom 02.06.2018 ebenfalls bejaht. Auch der Privatgutachter Prof. Dr. G..... (Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie) hat die Bypass-Operation neben der medikamentösen Behandlung und der Dilatation durch Stent ausdrücklich als Behandlungsalternative bezeichnet, auch wenn er die Dilatation durch einen Stent als vorzugswürdig bewertet hat. Insbesondere begründete er seine Auffassung damit, dass im Februar 2010 bare metal Stents eingesetzt worden waren, aber eigentlich beschichtete Stents hätten eingesetzt werden müssen. Allein hieraus ergibt sich indes noch keine Kontraindikation für die streitgegenständliche Bypass-Operation. Nach Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. W..... spricht vielmehr auch bei der Verwendung von bare metal Stents eine ganz erhebliche Datenlage dafür, dass bei Bypässen entschieden weniger Herzinfarkte auftreten und das Letalitätsrisiko sowie das Risiko anschließender Operationen deutlich geringer ist als bei Austausch der Stents. Nach seiner Einschätzung wäre hier die erneute Verwendung von Stents sogar fehlerhaft gewesen, weil bei der Klägerin aufgrund der schnellen Restenose und ihrer Vorerkrankungen ein hohes Infarktrisiko bestanden habe. Die Restenose im Stent sei auch nicht allein darauf zurückzuführen, dass bare metal Stents verwendet worden seien, sondern beruhe auf der Grunderkrankung der Klägerin, an der auch der Einsatz von drug eluting Stents nichts geändert hätte. Der Einwand der Klägerin, die vom Sachverständigen Prof. Dr. W..... herangezogene Studie „Strategies for Multivessel Revascularization in Patients with Diabetes“ belege die vom Sachverständigen herausgestellte Überlegenheit der Bypass-Operation, gerade weil von den 1.900 Patienten 953 mit einem Stent und 947 mit einem Bypass versorgt worden seien, verkennt, dass bei einer Studie eine annähernd gleiche Anzahl von Patienten, die mit den beiden unterschiedlichen Behandlungsmethoden versorgt wurden, verglichen werden muss, um ein belastbares Ergebnis zu erhalten, weswegen die Teilnehmerzahl keine Rückschlüsse auf die Überlegenheit oder Gleichwertigkeit einer der Behandlungsmethoden zulässt. Im hier vorliegenden Kontext maßgebend ist allein das Ergebnis der Studie und die vom Sachverständigen angeführten Überlegenheit der Bypass-Operation bei Patienten mit Diabetes und fortgeschrittener Herzkranzgefäßerkrankung hinsichtlich Sterblichkeit und Herzinfarkt. Auch die vom Sachverständigen Prof. Dr. W..... ausgewertete FREEDOM Studie widerspricht dieser Einschätzung nicht. In dieser Studie wurde das Outcome von Diabetes Patienten, die mit Insulin und denen, die nicht mit Insulin behandelt wurden gegenübergestellt. Eine Überlegenheit der Bypass-Operation konnte nicht festgestellt werden. Jedoch bestand ein höheres Risiko für Sterblichkeit, Herzinfarkt und Schlaganfall für Patienten, die mit Insulin behandelt wurden. Die Klägerin hat nicht behauptet, dass sie im April 2010 insulinpflichtig gewesen sei. Aus der Behandlungsdokumentation ergibt sich, dass die Diabetes mellitus Typ II diätisch geführt wurde. Bestätigt wird diese Einschätzung auch durch die o. a. Empfehlungen der Kardiologischen Gesellschaft.

Demgegenüber hat der Privatgutachter der Klägerin Prof. Dr. G..... sich weder mit der maßgeblichen Leitlinie auseinandergesetzt noch Stimmen aus der medizinischen Literatur angeführt, die seine Auffassung stützen. Ob der Privatgutachter, wie die Klägerin behauptet, seine Einschätzung auf eine „SYNTAX Studie“ und die Analyse einer US Forschergruppe um Dr. S..... B..... gestützt hat, kann insofern dahinstehen, weil diese Studien nach Angaben der Klägerin von 2019 und 2015 stammen und daher den Facharztstandard von April 2010

nicht abbilden können. Unabhängig davon, dass den von der Klägerin zitierten Inhalten der Studien auch nicht entnommen werden kann, dass die Bypass-Operation hier kontraindiziert gewesen wäre, bedurfte es schon aus diesem Grund einer weiteren Beweisaufnahme nicht.

2.

Das Landgericht hat nach dem Ergebnis der Einvernahme der Zeugen und der Anhörung der Klägerin den Beweis dafür, dass sie im gebotenen Umfang über die Risiken des Eingriffs und Behandlungsalternativen hinreichend aufgeklärt worden ist, als erbracht angesehen. Der Senat ist auch insoweit nach § 529 Abs.1 ZPO an die Feststellung gebunden. Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit der entscheidungserheblichen Feststellungen bestehen nicht.

Die Klägerin hat am 21.04.2010 einen Aufklärungsbogen für die Bypass-Operation unterzeichnet. Dieser ist sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht ein Indiz für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs (vgl. BGH, Urteil vom 28.01.2014 - VI ZR 143/13 - juris). Ein solches Aufklärungsgespräch hat auch der vom Landgericht vernommene Zeuge Dr. H..... bestätigt. An den Nachweis sind keine unbilligen und übertriebenen Anforderungen zu stellen. Ist einiger Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch erbracht, sollte dem Arzt im Zweifel geglaubt werden, dass die Aufklärung im Einzelfall in der gebotenen Weise geschehen ist (vgl. Senat, Urteil vom 09.10.2018 - 4 U 537/18 - juris; OLG Hamm, Urteil vom 15.12.2017 - 26 U 3/14). Der Zeuge Dr. H..... konnte sich zwar an die Klägerin und auch das konkrete Gespräch nicht im Einzelnen erinnern. Er konnte jedoch schildern, wie er üblicherweise das Aufklärungsgespräch durchgeführt hat. Er gab an, dass bei einer Bypass-Operation über die Möglichkeit der Herz-Lungen-Maschine, Komplikationen und Wundheilungsstörungen gesprochen werde. Nach Einsicht in die Behandlungsunterlagen gehe er davon aus, dass er eine solche Aufklärung bei der Klägerin am 21.04.2010 vorgenommen habe. Dies genügt. Der Beweis ist nicht erst dann erbracht, wenn sich der Arzt an das konkrete Aufklärungsgespräch erinnert (Senat, Beschluss vom 12.03.2018 - 4 U 1755/17 - juris). Angesichts der Vielzahl von Informations- und Aufklärungsgesprächen, die Ärzte täglich durchführen, kann dies nicht erwartet werden (vgl. Senat a.a.O.). Das Gericht kann seine Überzeugungsbildung auch dann auf die Angaben des Arztes über eine erfolgte Risiko- bzw. Eingriffsaufklärung stützen, wenn seine Darstellung in sich schlüssig ist, die entsprechende Aufklärung seiner zum fraglichen Zeitpunkt praktizierten „ständigen Übung“ entspricht und seine Angaben - wie hier - durch die ärztliche Dokumentation im Wesentlichen bestätigt wird (vgl. Senat, Urteil vom 12.05.2020 - 4 U 1388/19 - juris; Senat, Beschluss vom 06.11.2019 - 4 U 1291/19 - juris).

Die Risikoaufklärung ist auch nicht zu spät erfolgt, sondern war um 16.00 Uhr am Vortag der Operation noch rechtzeitig (vgl. hierzu BGH, Urteil vom 07.04.1992 - VI ZR 192/91). Entgegen dem Vorbringen der Klägerin ist die Aufklärung nicht um 20.00 Uhr erfolgt, denn der Aufklärungsbogen ist um 16.00 Uhr unterzeichnet worden. Ein entsprechender handschriftlicher Vermerk befindet sich auf dem Aufklärungsbogen. Dies ist noch rechtzeitig, zumal die Entscheidung über die Durchführung der Operation bereits am 20.04.2010 im Gespräch mit der Zeugin Prof. Dr. S..... gefallen war und im Übrigen der Klägerin als damals praktizierende Zahnärztin Wundheilungsstörungen bei operativen Eingriffen geläufig gewesen sein dürften. Aber auch unabhängig davon, ist die Aufklärung am Nachmittag des Vortages der Operation noch rechtzeitig.

Ebenso wenig ist die Annahme des Landgerichts zu beanstanden, dass die Klägerin auch über Behandlungsalternativen ausreichend aufgeklärt wurde. Gibt es mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden, die wesentlich unterschiedliche



Risiken und Erfolgchancen aufweisen, besteht mithin eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten, dann muss diesem nach entsprechend vollständiger ärztlicher Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, auf welchem Wege die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will (vgl. Senat, Beschluss vom 14.02.2018 - 4 U 82/18 - juris). Eine solche Aufklärung ist nach den berufsrechtlich nicht zu beanstandenden Feststellungen des Landgerichtes erfolgt. Eine Aufzeichnung des Gesprächsinhaltes liegt nicht vor. Es wurde lediglich in der Krankenakte ein „ausführl. Gespräch G 20“ am 20.04.2010 vermerkt. Das Fehlen der Dokumentation darf aber nicht dazu führen, dass der Arzt regelmäßig beweisfällig für die behauptete Aufklärung bleibt (vgl. BGH, Urteil vom 28.01.2014 - VI ZR 143/13 - juris). Die Klägerin räumt auch ein, dass dieses Gespräch stattgefunden hat. Sie behauptet allerdings, dass Prof. Dr. S..... die Bypass-Operation als einzige Chance, die man ihr anbieten könne, dargestellt habe, wenngleich sie einräumt, dass in dem Gespräch auch über Stents gesprochen worden sei. Die Zeugen B..... - die Schwester der Klägerin - war bei diesem Gespräch zugegen. Nach ihrer Erinnerung sei über Stents überhaupt nicht gesprochen, die Bypass-Operation vielmehr als alternativlos dargestellt worden. Dies widerspricht allerdings schon der Aussage der Klägerin. Die Zeugin Prof. Dr. S..... hat ausgesagt, sie habe Prof. Dr. M..... während der Herzkatheteruntersuchung hinzugezogen und sei mit ihm schnell darüber einig geworden, dass wegen der schnellen Restenose eine weitere Stentsetzung keine Option gewesen sei und insbesondere auch nach den Leitlinien für Diabetiker nicht in Betracht gekommen wäre. Sie habe mit der Klägerin die therapeutischen Konsequenzen der Herzkatheteruntersuchung in dem 20-minütigen Gespräch besprochen. Es werde auf alle Fälle dem Patienten die Wahl gelassen, insbesondere die Frage der Stent-Implantation oder der Operation. In solchen Situationen sage sie, dass es grundsätzlich die Stent-Implantation gebe, die aber verschiedene Nachteile habe. So habe sie auch vorliegend aufgeklärt, daran erinnere sie sich noch. Dass das Landgericht diese Aussage für glaubhaft gehalten und angenommen hat, dass die Bypass-Operation nicht als „alternativlos“ dargestellt worden sei, ist berufsrechtlich nicht zu beanstanden (§ 529 ZPO).

Letztendlich kann dies aber auch offenbleiben, denn es wäre auch nicht zu beanstanden gewesen, wenn die Zeugin Prof. Dr. S..... zur Bypass-Operation geraten und sie als vorzuzugswürdig oder gar als einzig sinnvolle Behandlungsoption dargestellt hätte. Selbst wenn man zu Lasten der Beklagten unterstellen würde, dass in der konkreten Situation auch ein Austausch der Stents eine echte Behandlungsalternative zu der Bypass-Operation gewesen wäre, wäre der Zeugin Prof. Dr. S..... dann hinsichtlich der Notwendigkeit der Bypass-Operation allenfalls ein vertretbarer Diagnosefehler unterlaufen. Wenn sie sich darüber geirrt haben sollte, dass ein Stent keine echte Alternative gewesen wäre, so wäre diese Annahme in jedem Fall vertretbar gewesen. Denn sowohl Prof. Dr. P..... als auch Prof. Dr. W..... haben gestützt auf die entsprechende Leitlinie die Bypass-Operation in dem konkreten Fall der Klägerin für vorzuzugswürdig gehalten (Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 26.11.2014 und vom 14.07.2020). Prof. Dr. W..... hielt sie sogar für die einzig richtige Option (so oben unter 1.). Unterliegt der Arzt aber einem vertretbaren Diagnosefehler - hier über die Notwendigkeit einer Bypass Operation - und klärt er deshalb den Patienten objektiv falsch und unvollständig über die Risiken der gewählten Therapie und der dazu gegebenen alternativen Behandlungsmethoden auf, stellt sich das als (in sich richtige) Folge eines haftungsrechtlich irrelevanten Irrtums dar (vgl. Geiß/Greiner in: Arzthaftpflichtrecht, 7. Aufl., C Rdnr. 24). Stellt sich die Fehlerhaftigkeit einer Diagnose nicht als vorwerfbar dar, kann daraus auch keine Haftung wegen eines Aufklärungsversäumnisses hergeleitet werden, weil es jedenfalls am notwendigen Verschulden fehlt (vgl. OLG Köln, Urteil vom 03.11.1997 - 5 U 98/97 - juris).

3.

Die Klägerin hält im Berufungsverfahren an ihrem erstinstanzlichen Vorbringen, der Eingriff am 22.04.2010 sei behandlungsfehlerhaft durchgeführt worden, weil das Sternum nicht mittig durchtrennt worden sei, nicht mehr fest. Auch ihr Privatsachverständiger Prof. Dr. S..... konnte hier keinen Fehler feststellen, sondern bezeichnete dies als Missgeschick, das jedoch keinen Einfluss auf den weiteren Verlauf gehabt habe. Dies bestätigte der Sachverständige Prof. Dr. P.....

4.

Der Klägerin ist schließlich der Beweis für eine fehlerhafte postoperative Behandlung nicht gelungen. Übereinstimmend haben die gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. D..... und Prof. Dr. W..... die postoperative Behandlung nicht beanstandet. Sie haben sich mit den Einwänden von Prof. Dr. S..... auseinandergesetzt und mit überzeugenden Gründen dargelegt, dass weitere Untersuchungen oder eine operative Revision in der Zeit vom 29.04.2010 bis zum 17.05.2010 nicht veranlasst gewesen sind.

Der Sachverständige Prof. Dr. D..... hat nachvollziehbar dargelegt, dass eine Wundsekretion - wie sie hier auch von der Zeugin R..... geschildert wurde - nach herzchirurgischen Eingriffen keine Seltenheit sei. Eine begleitende Rötung weise zwar auf eine mögliche Infektion hin, sei jedoch kein Beweis. Der Anstieg der Infektparameter - wie des CRP-Werts und des Leukozytenwerts - sei nach Operationen normal und müsse im Falle einer regelgerechten Wundheilung in den Folgetagen wieder zurückgehen. Diese Werte seien bei der Klägerin bis zum sechsten postoperativen Tag gestiegen und bis zum zehnten postoperativen Tag auch ohne antibiotische Therapie gefallen, was dem zu erwartenden Verlauf entspreche. Die Vacuum-Therapie gehöre bei mediastinaler Wundinfektion zum Standard. Der Vacuum-Verband sei am 10.05.2010 angelegt worden, Fehlfunktionen des Systems seien nicht ungewöhnlich und vorliegend angemessen adressiert worden. Die Klägerin weise zwar ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer postoperativen Wundheilungsstörung wegen Adipositas und Diabetes mellitus auf, jedoch sei sie konsequent nach herzchirurgischem Facharztstandard behandelt worden. Auch eine frühere Antibiotika-Therapie sei nicht veranlasst gewesen. Am 04.05.2010 sei beim Thorax-Röntgen eine Transparenzminderung in der linken Lunge festgestellt worden, die mit einer Flüssigkeitsansammlung vereinbar und als Grund für den Anstieg der Infektparameter denkbar gewesen sei. Die Auffassung des Privatgutachters Prof. Dr. S....., man hätte auf die Infektparameter früher reagieren, einen Abstrich der Wunde nehmen und die durch die erhöhten Laborwerte dokumentierte Sternuminfektion unverzüglich ab dem 29.04.2010 operativ revidieren müssen, ist der Sachverständige überzeugend entgegengetreten. Es handele sich hier um einen Lagerstreit. Es gebe Herzchirurgen, die ein rigoroses Vorgehen gleich von Anfang an favorisieren würden. Diesbezüglich gebe es aber keine evidenzbasierten Ergebnisse. Es gebe auch Vertreter, die eher ein konservatives Vorgehen bevorzugen. Eine Leitlinie zur Behandlung von Infekten nach herzchirurgischen Eingriffen gebe es gleichwohl nicht. Die Ausbreitungsgeschwindigkeit von Infektionen sei auch sehr unterschiedlich. Der Umstand, dass körperfremdes Material biologisch nicht aktiv sei und daher eine Beseitigung einer Besiedlung mit Bakterien nicht aktiv betrieben werden könne, führe aber nicht zwangsläufig dazu, dass alle Materialien entfernt werden müssten. Der CRP-Wert sei auch nicht allein ein Ansatzpunkt, der Veranlassung für eine Revisionsoperation gegeben hätte. Der CRP-Wert steige bei einer akuten Infektion an. Demgegenüber habe er wenig Aussagekraft für den Verlauf einer Infektion. Der erhöhte CRP-Wert spreche nicht zwingend für eine Sternuminfektion. Die konservative Therapie sei

nicht mit einem Verlust an Handlungsmöglichkeiten verbunden. Einen Behandlungsfehler sehe er nicht. In Übereinstimmung damit hat auch Prof. Dr. W..... ebenfalls mit überzeugenden Gründen keinen Behandlungsfehler feststellen können. Ein abwartendes Vorgehen mit Verbandswechsel habe absolut dem Facharztstandard entsprochen. Die Klägerin habe zu keinem Zeitpunkt systemische Infektzeichen wie Fieber oder den Anstieg von weißen Blutkörperchen gezeigt. Noch am 01.05.2010 sei der PCT-Wert normal gewesen, was eine Infektion praktisch ausschließe. Nach der Klammerentfernung sei eine Wunddehiszenz aufgetreten, was bei diabetischen Patienten häufig beobachtet werde; diese sei regelhaft mit einem VAC-Verband behandelt worden. Nach seiner Auffassung sei eine Resternotomie sogar kontraindiziert gewesen. Das Sternum sei während der gesamten Behandlung in Dresden sicher intakt und nicht infiziert gewesen. Es habe sich hier lediglich um eine Wundheilungsstörung gehandelt, die sich auf die Haut und das darunter liegende Unterhautfettgewebe beschränkt habe. Auch unter Berücksichtigung der Umstände, dass die Wunde gerötet gewesen und Exsudat ausgetreten sei, sei kein anderes Vorgehen gerechtfertigt. Der Auffassung des Privatgutachters Prof. Dr. S..... könne er sich nicht anschließen, denn dieser betrachte das Geschehen aus der Sicht eines viszeralen Unfallchirurgen und damit ohne die nötigen Kenntnisse der physiologischen Vorgänge bei einer Operation mit der Herz-Lungen-Maschine. Diese führe zu einer generellen Aktivierung des Immunsystems, bedingt durch den Kontakt der weißen Blutkörperchen mit der Kunststoffoberfläche der Schläuche und des Oxygenerators der Herz-Lungen-Maschine. Daher steige auch der CRP Wert. Es habe entgegen der Auffassung des Prof. Dr. S..... auch kein Sternuminfekt (tiefe Mediastinitis) vorgelegen. Aus den vorgelegten Fotos der Wunde vom 14.05.2010 lasse sich nicht auf einen Sternumdefekt schließen. Dieser könne aus einem Foto ohnehin nicht abgeleitet werden, denn die Diagnose setze eine Tastuntersuchung voraus. Bei einer oberflächlichen Mediastinitis (also einer Wundheilungsstörung) würde man die entzündeten Stellen einfach nur öffnen und den Eiter ableiten. Die Wunde sei hier von allein aufgegangen. Auf eine tiefergehende Mediastinitis mit einer Beteiligung des Sternums könne man unter Umständen aus den Blutwerten schließen, wenn die Werte entsprechend deutlich seien. Bei der Klägerin sei dies aber nicht so gewesen, da der CRP-Wert nach der Operation stark angestiegen, dann aber auch abgefallen sei und stagniert habe. Dies sei ein ganz normaler Verlauf. Zudem trete die tiefergehende Mediastinitis praktisch nie ohne Fieber auf. Bei der Klägerin seien aber durchgängig Normalwerte gemessen worden. Auch rückschauend lasse sich aus dem Operationsbericht vom 20.05.2019 im xxxklinikum xxx, in dem festgehalten worden sei, dass das Sternum in gesamter Länge ca. 0,5 cm dehiszent sei, nicht auf eine Instabilität bereits im Zeitraum bis 17.05.2010 im Klinikum der Beklagten schließen. Es handele sich bei dem dokumentierten Befund letzten Endes um eine Komplikation, wie sie häufig bei Diabetikern zu beobachten sei, die aber keine Operationsindikation begründe. Eine Öffnung des Brustbeines sei zudem mit einer erheblichen Gefahr von Nachblutungen verbunden und berge ein erhebliches Letalitätsrisiko. Man werde eine solche Behandlung daher vermeiden und nur dann vornehmen, wenn sie zwingend indiziert sei. Dies sei aber nur der Fall, wenn eine Sternuminstabilität nachgewiesen werde. Dies sei aber nach den Behandlungsunterlagen nicht der Fall gewesen, lasse sich aus den Fotografien nicht ableiten und sei mit den Blutwerten der Klägerin absolut nicht zu vereinbaren. Selbst wenn nach der Schilderung der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat sich bei dem Versuch, die Wunde zu sanieren, ein „Schwall“ von Flüssigkeit ergossen habe, sei dies kein Hinweis auf eine tiefe Mediastinitis. Es wäre auch nicht sinnvoll gewesen, in die Wunde einzudringen und einen Abstrich zu nehmen. Eine Antibiose hielt der Sachverständige nur dann für sinnvoll, wenn entsprechende Entzündungswerte vorgelegen hätten und zusätzlich Fieber aufgetreten wäre, was aber hier nicht der Fall gewesen sei. Zu der Veröffentlichung

aus Dezember 2012 „Komplikation nach Sternotomie - eine interdisziplinäre Herausforderung“ könne er nur sagen, dass jedenfalls bei einer oberflächlichen Mediastinitis - wie sie hier vorgelegen habe - keine frühzeitige radikale Sanierung notwendig gewesen sei. Auch der in den Operationsberichten vom 18.05. und 20.05.2010 des xxxklinikums xxx festgestellte „tiefe Wundkrater quasi über die gesamte Länge des Sternums“ sei für eine solche Situation ein zu erwartender Normalbefund und kein Hinweis auf eine tiefe Mediastinitis. Dieser Bewertung ist die Berufung nicht substantiiert entgegengetreten. Im Anschluss hieran kann das Privatgutachten von Prof. Dr. S..... schon deshalb nicht überzeugen, weil es von einem unzutreffenden Krankheitsbild ausgeht.

Ohne Erfolg beanstandet die Klägerin die fehlende Fachkompetenz der Sachverständigen. Die postoperative Behandlung der Klägerin nach einer Bypass-Operation fällt in den Fachbereich eines Facharztes für Thorax-Chirurgie und damit in die Kompetenz der gerichtlich bestellten Sachverständigen Prof. Dr. D..... und Prof. Dr. W....., denn bei der Auswahl ist auf die Sachkunde in dem medizinischen Fachgebiet abzustellen, in das der Eingriff fällt, vgl. BGH, Beschluss vom 15.05.2018 - VI ZR 287/17 - juris; BGH, Urteil vom 18.11.2008 - VI ZR 198/07).

Entgegen der Auffassung der Klägerin bedarf es keiner Einholung eines ergänzenden Gutachtens eines Facharztes für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Denn die Behandlung der Klägerin fällt nicht in den Fachbereich eines solchen Facharztes. Dieser hat in der Regel keinen Kontakt zum Patienten und sein Hauptarbeitsbereich ist das Labor. Er beschäftigt sich mit krankheitserregenden Mikroorganismen, die im menschlichen Körper nachweisbar sind. Zum Weiterbildungsinhalt gehört nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung nicht die Auswahl der Antibiotikatherapie bei einer Erkrankung, sondern vielmehr die Diagnose und Befundinterpretation.

Die Einvernahme des von der Klägerin benannten Zeugen Prof. Dr. S..... zu der Behauptung, dass die Klägerin sich am 17.05.2010 in einem lebensbedrohlichen Zustand befand, war gleichfalls nicht geboten. Es kann zu Gunsten der Klägerin unterstellt werden, dass sie sich nicht in dem im Entlassungsbrief von der Beklagten dokumentierten „gutem Allgemeinzustand“ befand. Es kommt allerdings nicht auf den Zustand der Klägerin zum Zeitpunkt der Aufnahme im xxxklinikum xxx an, sondern auf den Zustand vom 28.04. bis 17.05.2010 als sie sich im Hause der Beklagten befand. Im Übrigen ergeben sich für einen lebensbedrohlichen Zustand auch aus den Behandlungsunterlagen des xxxklinikums xxx keine Anhaltspunkte, denn anderenfalls wäre am Nachmittag des 18.05.2010 nicht nur ein VAC-Wechsel durchgeführt worden. Erst am 20.05.2010 wurde ein Wunddebridement und die Entfernung des Osteosynthese-Materials sowie eine Spülung durchgeführt. Der Arztbrief des xxxklinikums xxx vom 13.08.2010 erwähnt keine lebensgefährliche Situation der Klägerin. Das entsprechende Beweisangebot hat die Klägerin schließlich auch im Termin vom 14.07.2020 nicht mehr aufrechterhalten, nachdem der Sachverständige Prof. W..... anhand der Behandlungsunterlagen festgestellt hatte, dass Prof. Dr. S..... die Klägerin sonst nicht behandelt, der eigentliche Operateur aber zwischenzeitlich verstorben ist.

B

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.

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

Die Streitwertfestsetzung folgt § 3 ZPO

S.....

R.....

Z.....

Z..... ist wegen  
Urlaubs an der Beifügung der  
Unterschrift gehindert.

S.....