
Datum:	07.01.2004
Gericht:	Landgericht Bielefeld
Spruchkörper:	4. Zivilkammer
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	4 O 417/01
ECLI:	ECLI:DE:LGBI:2004:0107.4O417.01.00

Tenor:

Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an den Kläger ein Schmerzensgeld von 18.000 EUR nebst 5% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.08.2001 zu zahlen.

Des weiteren werden die Beklagten als Gesamtschuldner verurteilt, an den Kläger 1.129,96 EUR nebst 5% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.08.2001 zu zahlen.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche materiellen und weiteren immateriellen Schäden zu ersetzen, die aus der Behandlung des Klägers durch die Beklagten im Jahre 1998 künftig noch entstehen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder andere Dritte übergegangen sind oder noch übergehen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen die Beklagten als Gesamtschuldner zu 74%, der Kläger zu 26%.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar, für den Kläger gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110% des zu vollstreckenden Betrages.

Der Kläger kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe von 110% des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leisten.

<u>Tatbestand:</u>	1
Der Kläger macht gegen die Beklagten Schadensersatzansprüche aus einer behaupteten fehlerhaften urologischen und augenärztlichen Behandlung im Jahre 1998 geltend.	2
Der Kläger ist Diabetiker. Ferner bestehen bei ihm seit ca. 1992 eine Kolitis ulcerosa sowie Asthma bronchiale seit ca. 17 Jahren.	3
Am 23.07.1998 wurde der Kläger aufgrund kolikartiger Schmerzen und unter dem Verdacht auf einen Nierenstein notfallmäßig an das Krankenhaus L. überwiesen, dessen Träger der Beklagte zu 1) ist. Dort wurde er auf der Urologischen Station stationär vom 23.07.1998 bis zum 18.08.1998 aufgenommen. Chefarzt der Urologischen Klinik ist der Beklagte zu 2).	4
Am 24.07.1998 erfolgte eine extrakorporale Nierensteinzertrümmerung bei linksseitigem Harnleiterstein. Ein Steinabgang erfolgte jedoch nicht. Nach dem zweiten Versuch der Zertrümmerung des Nierensteins erlitt der Kläger eine Blutvergiftung.	5
Ab dem 26.07.1998 erfolgte eine hochdosierte antibiotische Behandlung. Wegen des sehr schlechten Allgemeinzustandes des Klägers und Urosepsis (Harnfieber) sowie erheblicher Probleme bei der Diabeteseinstellung erfolgte die Betreuung des Klägers ab August 1998 auf der Intensivstation.	6
Am 05.08.1998 erfolgte eine explorative Nierenfreilegung unter dem Verdacht eines paranephritischen Abszesses links, postoperativ erfolgte die intensivmedizinische Überwachung des Klägers bis zum 08.08.1998 auf der anästhesiologischen Intensivstation. Am 08.08.1998 wurde der Kläger unter weiter laufender antibiotischer Therapie wieder auf die Urologische Normalstation verlegt.	7
Am 10.08.1998 klagte der Kläger über Hörverlust sowie über verschwommenes Sehen. Er äußerte, er vernehme einen "Schleier" vor den Augen.	8
Es wurde zunächst der Verdacht auf einen Hörsturz geäußert sowie eine unklare Virusstörung des rechten Auges festgestellt.	9
Am 14.08.1998 untersuchte der Beklagte zu 3), der als Konsiliararzt durch die Beklagte zu 1) hinzugezogen worden war, den Kläger in seiner Praxis. Er diagnostizierte eine Retinitis septica beidseitig. Eine weitere Therapie wurde nicht veranlasst; der Beklagte zu 3) hielt diese nicht für möglich.	10
Nachdem der Kläger sich darüber beschwert hatte, dass sein Sehvermögen immer mehr schwinde, wurde er am 18.08.1998 von Dr. L. untersucht, der als Urlaubsvertretung für den Beklagten zu 3) tätig war.	11
Dieser stellte eine schwere Pilzerkrankung der Augen fest und veranlasste wegen der bereits vorliegenden massiven Netzhautveränderung die Verlegung des Klägers in die Augenklinik	12

der Medizinischen Hochschule Hannover, um dort eine Vitrektomie (=Glaskörperentfernung) durchführen zu lassen.

Vom 18.08.1998 bis zum 21.08.1998 und vom 23.09.1998 bis zum 02.10.1998 wurde der Kläger in der MHH urologisch und augenärztlich behandelt. Am 27.08.1998 wurde am linken Auge eine Vitrektomie, Glaskörperpunktion und Medikamenteneinstellung durchgeführt. Im Glaskörperpunktat wurde *Candida albicans* nachgewiesen. Unter systematischer antibiotischer und antimykotischer Therapie kam es zu einem Rückgang der retinalen Infiltrate am linken Auge, am rechten Auge kam es jedoch zu keiner wesentlichen Änderung, weshalb auch bei diesem am 24.09.1998 eine Vitrektomie, Medikamenteninstallation und Vorderkammerspülung durchgeführt wurde. Auch hier wurde *Candida albicans* nachgewiesen. 13

Die anschließend durchgeführte antimykotische und antibiotische Therapie zeigte nur eine geringfügige Beeinflussung der retinalen Infiltrate am rechten Auge, die retinalen Infiltrate am linken Auge blieben indessen stabil. 14

Am 02.10.1998 wurde der Kläger entlassen. 15

Wegen der nunmehr vorliegenden Beeinträchtigung seines Sehvermögens darf der Kläger nicht mehr Autofahren. Seine Tätigkeit als Kraftfahrer hat er aufgegeben. Der Grad der Behinderung wurde aufgrund der Einschränkungen der Seh- und Nierenfunktion vom Versorgungsamt der Stadt B. von zuvor 60% auf 100% heraufgestuft. 16

Der Kläger begehrt von den Beklagten die Zahlung eines Schmerzensgeldes, Ersatz seiner materiellen Schäden (Fahrtkosten und Kostenpauschale von 50 DM) und Feststellung der Ersatzpflicht künftiger Schäden. 17

Die Beklagte zu 1) wurde mit Schreiben vom 20.06.2001 zur Regulierung des Schadens aufgefordert und lehnte eine solche Regulierung mit Schreiben vom 06.08.2001 ab. Der Beklagte zu 3) wurde mit Schreiben vom 20.06. 2001 und vom 07.08.2001 unter Fristsetzung vergeblich zur Regulierung aufgefordert. 18

Der Kläger behauptet, die Beklagten hätten es pflichtwidrig unterlassen, eindeutig gebotene und mögliche Behandlungsmaßnahmen bei dem Kläger zu einem früheren Zeitpunkt vorzunehmen. 19

Der Beklagte zu 2) habe es pflichtwidrig versäumt, die zunächst falsch gestellte Diagnose einer Leukozytose in Folge einer Cortisontherapie trotz zunehmender Beschwerden des Klägers zu überprüfen: Laut dem außergerichtlich eingeholten Gutachten der Gutachterkommission Münster sei offensichtlich die initiale Leukozytose nicht als Folge der Harnstauungsniere mit entzündlicher Begleitreaktion, sondern als Folge der Cortisontherapie interpretiert worden. 20

Der Beklagte zu 2) hätte früher Behandlungsmaßnahmen einleiten müssen. Eine sofortige DJ-Stenteinlage wäre zu erörtern gewesen. Auch wäre eine primäre Ableitung der gestauten Niere sinnvoll gewesen. 21

Zudem sei die antibiotische Therapie viel zu spät eingeleitet worden. Wegen des Befundes von *Candida albicans*, der am 10.08.1998 vorgelegen habe, hätte spätestens zu diesem Zeitpunkt angesichts des protrahierten septischen Verlaufs trotz hochdosierter Antibiotikagabe eine entsprechende parentale antimykotische Therapie einsetzen müssen; es 22

habe eine absolute Indikation zur Durchführung einer entsprechenden Therapie bestanden.	
Durch das Unterlassen der Therapie habe die aufgetretene candidainduzierte Retinopathie (Netzhautschädigung) eine richtungsgebende Verschlimmerung erfahren.	23
Der Beklagte zu 3) hätte erkennen müssen, dass eine Verschlechterung der Symptome naheliegend war, zumal der Kläger ihm mitgeteilt habe, dass er vor dem Krankenhausaufenthalt keine Beschwerden an den Augen gehabt habe. Um eine mögliche Verschlimmerung ausschließen zu können, hätte er ausreichende eigene Untersuchungen zur Feststellung der Beeinträchtigung des Sehvermögens vornehmen müssen, was er pflichtwidrig unterlassen habe. Da der Beklagte zu 3) nicht gewusst habe, wann der Kläger entlassen werden würde und damit habe rechnen müssen, dass der Kläger in der Folgezeit ohne augenärztliche Betreuung bliebe, habe er es ferner sorgfaltswidrig unterlassen, für eine angemessene Behandlung und Weiterbehandlung des Klägers zu sorgen.	24
Die Ansprüche gegen den Beklagten zu 3) seien nicht verjährt, da dem Kläger erst bei seiner Verlegung in die MHH am 18.08.1998 bekannt geworden sei, dass ein Behandlungsfehler unterlaufen sein könnte. Die Verjährung sei auch des weiteren durch das Verfahren bei der Gutachterkommission gehemmt worden, in das auch der Beklagte zu 3) einbezogen gewesen sei.	25
Der Kläger behauptet, seine Augenprobleme seien bereits ca. drei Tage vor Einlieferung auf die Intensivstation aufgetreten. Er habe dies den behandelnden Ärzten auch mitgeteilt.	26
Er behauptet, sein rechtes Auge sei nunmehr dauerhaft nahezu erblindet, das linke sei in seinem Sehvermögen sehr stark beeinträchtigt, insbesondere sei das Sichtfeld erheblich eingengt. Vor Aufnahme in die Urologische Klinik habe er keine Augenschäden gehabt, seine Sehschärfe habe beidseitig 1,0 betragen. Nunmehr müsse er sich regelmäßig alle 6 Monate zur augenärztlichen Kontrolle begeben.	27
Die Nierenfunktion sei noch immer beeinträchtigt. Zudem sei ihm bei Einlieferung in das Krankenhaus L. im Hinblick auf den Nierenstein mitgeteilt worden, die Behandlung dauere 3-4 Tage, bei Komplikationen maximal 14 Tage. Tatsächlich habe der Aufenthalt insgesamt fast 4 Wochen gedauert und selbst zu diesem Zeitpunkt seien die Beschwerden noch nicht abgeklungen gewesen, sondern seien weiterhin behandlungsbedürftig.	28
Gerade in den langwierigen Folgebehandlungsmaßnahmen bestehe ein Schaden des Klägers. Die vermeidbare Weiterbehandlung habe sich um den stationären Aufenthalt in der MHH bis zum 02.10.1998 verzögert und sei ambulant aufgrund der erforderlichen engmaschigen Kontrollen der Nierenpunktionswerte hinausgezogen worden.	29
Zudem sei eine auffällig lange und wulstige Operationsnarbe infolge der Eingriffe verblieben.	30
Auch sei die Mobilität des Klägers insgesamt eingeschränkt; er sei zudem nicht mehr in der Lage, schwere Gewichte zu heben und zu tragen.	31
Unter Berücksichtigung aller Faktoren hält der Kläger ein Schmerzensgeld von 50.000 DM (= 25.564,59 EUR) für angemessen.	32
Behandlungsbedürftige Folgeschäden und der Eintritt weiterer Dauerschäden seien derzeit nicht absehbar; es könne aber jederzeit eine Verschlechterung des Beschwerdebildes bei dem Kläger mit notwendiger Weiterbehandlung eintreten, weshalb der Feststellungsantrag gerechtfertigt sei.	33

Für Fahrten zur MHH und zum Krankenhaus L. seien Kosten in Höhe von 2.160 DM (= 1.104,39 EUR) entstanden. Diese Fahrtkosten seien auch durch Fahrten der Ehefrau mitbedingt.	34
Der Kläger beantragt,	35
1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 5% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.08.2001 zu zahlen,	36
2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger 2.210 DM (= 1.129,96 EUR) nebst 5% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.08.2001 zu zahlen,	37
3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche materiellen und weiteren immateriellen Schäden zu ersetzen, die aus der Behandlung des Klägers durch die Beklagten im Jahr 1998 künftig noch entstehen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder andere Dritte übergegangen sind.	38
Die Beklagten beantragen,	39
die Klage abzuweisen.	40
Die Beklagten zu 1) und 2) sind der Ansicht, dem Beklagten zu 2) sei bei der Behandlung des Klägers kein Fehler unterlaufen. Sowohl die vom Beklagten zu 2) veranlasste Diagnose als auch die sich daraus ableitende Therapie des Klägers seien fachgerecht gewesen. Die antibiotische Therapie sei nicht zu spät eingeleitet worden; auch bei früher eingeleiteter Therapie wäre die schicksalhafte Krankenentwicklung des Klägers nicht vermeidbar gewesen.	41
Bei dem Kläger habe über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg ein schweres, kompliziertes Krankheitsbild bestanden, erschwert durch mehrere gleichzeitig bestehende Vorerkrankungen. Die durch den Beklagten zu 2) veranlasste diagnostische und therapeutische Behandlung habe einer engmaschig intensivmedizinischen Betreuung entsprochen.	42
Insbesondere bei Vorliegen von entsprechenden Vorerkrankungen sei sehr häufig eine Kolonisation von Candida nachweisbar, was jedoch nicht einer manifesten Erkrankung entsprechen müsse, so dass es häufig zu Situationen komme, in denen zwar eine Nachweisbarkeit gegeben sei, jedoch keine Behandlungsbedürftigkeit bestehe.	43
Der Beklagte zu 2) erhebt die Einrede der Verjährung.	44
Der Beklagte zu 3) behauptet, ihm sei nicht bekannt, ob der Kläger vor der Aufnahme in die Klinik irgendwelche Augenschäden gehabt habe; ebenso sei ihm nicht bekannt, ob der Kläger drei Tage vor der Einlieferung auf die Intensivstation Augenprobleme gehabt habe.	45
Anlässlich der Behandlung am 14.08.1998 habe der Beklagte zu 3) die einzig richtige Diagnose gestellt, und zwar die einer Retinitis septica Roth, die im Rahmen der allgemeinen Sepsis mitzubehandeln sei und keine spezifische augenärztliche Therapie notwendig mache, wenn bereits eine antibiotische Abdeckung bestehe. Für eine antimykotische Therapie habe es keinerlei Hinweise gegeben. Durch die hochdosierte Antibiotika-Therapie, die anderweitig	46

verordnet war, habe der Beklagte zu 3) im Zeitpunkt der durch ihn erfolgten Untersuchung bei richtig gestellter Diagnose alles getan, was in seinem Verantwortungsbereich gelegen habe.	
Der Arztbericht des Dr. L. zeige nicht die Situation, die der Beklagte zu 3) vorgefunden habe. Offensichtlich habe der am 18.08.1998 behandelnde Arzt Dr. L. wesentliche Veränderungen des Zustandes vom 14.08.1998 vorgefunden, und zwar Feststellungen massiver Netzhautveränderungen, Reizzustand der Vorderkammer etc. Dieser Zustand habe erst zu der eingeleiteten Vitrektomie veranlasst.	47
Aufgrund des eindeutigen Befundes vom 14.08.1998 habe demgegenüber therapeutisch nichts unternommen werden können. Ein Fehlverhalten des Beklagten zu 3) sei daher nicht gegeben. Die gesundheitliche Problematik des Klägers sei vielmehr leidensbedingt schicksalhaft. Es handele sich hierbei um den klassischen Fall einer akuten Verschlechterung eines Krankheitsbildes.	48
Der Beklagte zu 3) habe dem Kläger empfohlen, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei einem Augenarzt am Wohnort weitere Kontrolluntersuchungen vornehmen zu lassen.	49
Die Positionen zum materiellen Schadensersatz werden bestritten.	50
Weiter wird der Einwand der Verjährung erhoben.	51
Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze einschließlich der überreichten Anlagen Bezug genommen.	52
Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen urologischen Sachverständigengutachtens der Sachverständigen Prof. Dr. E. und Dr. X., des weiteren durch Einholung eines schriftlichen augenfachärztlichen Sachverständigengutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. C. sowie durch die ergänzende mündliche Anhörung der Sachverständigen Dr. X. und Prof. Dr. C..	53
Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird verwiesen auf die Gutachten vom 14.10.2002 (Bl. 52 ff. d. A.) und vom 31.03.2003 (Bl. 140 ff. d. A.) sowie auf das Protokoll der Öffentlichen Sitzung vom 03.12.2003 (Bl. 171 ff. d. A.)	54
<u>Entscheidungsgründe:</u>	55
Die zulässige Klage ist dem Grunde nach begründet, der Höhe nach nur zum Teil begründet.	56
1. Die Klägerin hat gegen die Beklagten zunächst einen Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes von 18.000 EUR aus §§823 I, 847, 831 BGB, da die Beklagten zu 2) und 3) ihn nicht den Regeln ärztlicher Heilkunde entsprechend behandelt haben.	57
Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist das Gericht davon überzeugt, dass die Beklagten zu 2) und 3) durch eine fehlerhafte ärztliche Behandlung den Körper und die Gesundheit des Klägers schuldhaft verletzt haben.	58
Zunächst steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass der Beklagte zu 3) den Kläger nicht den Regeln ärztlicher Heilkunde entsprechend behandelt hat:	59
Der Sachverständige Prof. Dr. C., an dessen Sachkunde zu zweifeln die Kammer keinen Anlass hat und dessen überzeugende und widerspruchsfreie Ausführungen sich die	60

Kammer zu eigen macht, hat insofern ausgeführt, dass nach Stellen der – richtigen – Diagnose einer Retinitis septica Roth, die fachlich normalerweise als mykotische Endophthalmitis oder metastatisch-mykotische Endophthalmitis bezeichnet wird und bei der es sich um eine Pilzinfektion handelt, die durch Fortleitung über die Blutbahn ins Augeninnere erfolgt, mindestens die intraokkulare Gabe eines Antimykotikums hätte erfolgen müssen. Möglich wäre auch die Einleitung einer Vitrektomie gewesen. Wird es, wie hier geschehen, unterlassen, eine dieser beiden Therapiealternativen einzuleiten, so ist hierin, wie der Sachverständige C. nachvollziehbar dargelegt hat, ein Verstoss gegen ärztliche Standards in der Behandlung einer solchen Erkrankung zu sehen.

Wenn der Beklagte zu 3) behauptet, eine weitergehende Therapie sei nicht möglich und notwendig gewesen, da der Kläger bereits mit Antibiotika therapiert worden sei, so ist dem entgegenzuhalten, dass die Gabe des Antimykotikums gerade direkt in das betroffene Auge zu erfolgen hatte, wie der Sachverständige ausgeführt hat. Eine bereits betriebene generelle Antibiotikatherapie reichte daher zur Behandlung gerade nicht aus. 61

Zur Überzeugung der Kammer steht zudem fest, dass es sich bei der unterlassenen Einleitung einer entsprechenden Therapie durch den Beklagten zu 3) um einen groben Behandlungsfehler handelt: 62

Wie der Sachverständige begründet und nachvollziehbar dargelegt hat, stellt sich die Behandlung der Endophthalmitis als augenärztlicher Notfall dar und erfordert eine sofortige Therapie. Die Verzögerung der Einleitung einer Therapie um mehrere Tage stellt sich damit als schwerer Verstoß gegen ärztliche Standards dar. 63

Aufgrund der Tatsache, dass es sich insofern um einen groben Behandlungsfehler des Beklagten zu 3) handelt, kehrt sich die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob die beim Kläger eingetretenen Folgen auf den Behandlungsfehler des Beklagten zurückzuführen sind, zu Lasten des Beklagten zu 3) um. 64

Der Beweis, dass die vom Kläger behaupteten Folgen nicht auf den Behandlungsfehler des Beklagten zu 3) zurückzuführen sind, ist dem Beklagten aber nicht gelungen. Vielmehr steht nach den Ausführungen des Sachverständigen zur Überzeugung des Gerichts fest, dass infolge der fehlerhaften ärztlichen Behandlung durch den Beklagten zu 3) die beklagte Einschränkung der Sehfähigkeit, die nach den Ausführungen des Sachverständigen in dem geschilderten Maße vorliegt, gerade durch die verspätete Therapieeinleitung eine richtungsgebende Verschlechterung erfahren hat. Mit hoher Wahrscheinlichkeit hat die Verzögerung der Therapie um mehrere Tage einen funktionellen Schaden hervorgerufen, der bei früherer Behandlung zumindest hätte verringert werden können. Wenn der Sachverständige hier nicht ausführen konnte, in welchem Maße eine Verschlechterung der Sehfähigkeit eingetreten ist, so muss dies hier zu Lasten des Beklagten als insofern beweisbelasteter Partei gehen. 65

Auch die nachfolgende Behandlung in der MHH, die u.a. gerade zur Behandlung der Retinitis erfolgte, beruhte zur Überzeugung der Kammer zumindest auch auf der fehlerhaft unterbliebenen Behandlung durch den Beklagten zu 3). 66

Trotz der Beweislastumkehr zu Lasten des Beklagten zu 3) kann dieser aber jedenfalls nur für die vorliegenden Schädigungen der Augen und die damit verbundenen Folgen verantwortlich gemacht werden; die behaupteten Schädigungen der Niere wie auch die vom Kläger beklagte ausgedehnte Narbenbildung können keinesfalls auf die nicht erfolgte Therapieeinleitung durch den Beklagten zu 3) zurückgeführt werden. 67

Den Beklagten zu 2) und zu 1) kann die fehlerhafte Behandlung durch den Beklagten zu 3) im Rahmen eines Schadensersatzes nach §§ 823, 847 BGB allerdings nicht zugerechnet werden: Der Beklagte zu 3) war als Konsiliararzt im Krankenhaus L. tätig, weshalb er nicht Verrichtungsgehilfe i.S.v. §831 BGB ist (vgl. Palandt-Thomas, §831 BGB, Rn.8). 68

Zur Überzeugung des Gerichtes steht allerdings fest, dass auch der Beklagte zu 2) den Kläger fehlerhaft behandelt hat: 69

Der Sachverständige Dr. X., an dessen Sachkunde die Kammer zu zweifeln keinen Anlass hat und dessen überzeugende und widerspruchsfreie Ausführungen sich die Kammer zu eigen macht, hat insofern eine fehlerhafte urologische Behandlung durch den Beklagten zu 2) festgestellt. 70

Zwar wurden die begonnene Steinbehandlung und die initiale Schmerz- und Antibiotikatherapie, wie der Sachverständige Dr. X. ausgeführt hat, lege artis durchgeführt: 71

Der Sachverständige hat hierzu dargelegt, dass der Beklagte zu 2) in Kenntnis der Behandlungsrichtlinien zur Steintherapie der Deutschen Gesellschaft für Urologie die gebotenen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt und somit den Regeln der ärztlichen Heilkunde entsprochen hat. 72

Dass der Beklagte zu 2) die Leukozytose zunächst auf die Kortisontherapie zurückgeführt hat und keine weitergehenden Behandlungsmaßnahmen als die ESWL-Behandlung eingeleitet hat, ist zunächst ebenfalls nicht als Behandlungsfehler zu werten: 73

Der Sachverständige hat hierzu ausgeführt, dass quantitative Veränderungen der Leukozytenzahl außerordentlich häufig sind. Bei dem Kläger bestanden während seines stationären Aufenthaltes mehrere Erkrankungen, die eine erhöhte Leukozytenzahl verursachen und erklären konnten. 74

Rückblickend kann, wie der Sachverständige dargelegt hat, nicht beurteilt werden, inwieweit die damals festgestellte Leukozytose medikamenteninduziert, infektgetriggert oder durch eine der bei dem Kläger vorliegenden Nebenerkrankungen (Diabetes mellitus, Kolitis ulcerosa, Asthma bronchiale) verursacht gewesen ist. 75

Zwar hätte der Beklagte an eine reaktive Leukozytose bei bestehender Harnstauungsniere und beginnender obstruktiver interstitieller Nephritis mit begleitender Schmerzsymptomatik denken können. 76

Da die Leukozytose insofern aber auch andere Ursachen hätte haben können, ist noch kein Fehler darin zu sehen, dass am Tag der ESWL-Behandlung eine Harnableitung unterlassen wurde. Vielmehr ist dem Beklagten, wie der Sachverständige dargelegt hat, ein Versäumnis zumindest initial nicht nachzuweisen, da die übliche Schmerz- und Antibiotikatherapie veranlasst und die gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie empfohlene ESWL-Behandlung durchgeführt wurde. 77

Ein Behandlungsfehler liegt hier aber zur Überzeugung des Gerichts insofern vor, als im weiteren Verlauf durch den Beklagten zu 2) erforderliche Behandlungsmaßnahmen zu spät eingeleitet wurden: 78

Dass die Harnableitung erst drei Tage nach der ESWL-Behandlung durchgeführt wurde, obwohl drei Tage lang Temperaturen von mehr als 39 Grad mit gleichzeitiger Leukozytose bei einer Harnstauungsniere vorlagen, stellt einen Verstoss gegen die Regeln ärztlicher Standards dar. Eine Harnableitung hätte insofern, wie der Sachverständige ausführlich und begründet dargelegt hat, spätestens am Tag nach der ESWL-Behandlung, also am 26.07.1998 vorgenommen werden müssen.

Der Sachverständige hat hierzu ausgeführt, dass anhand neuerer wissenschaftlicher Untersuchungen gezeigt werden konnte, dass eine Harnobstruktion in Verbindung mit einem Infektgeschehen aufgrund eines Harnleitersteins eine Notfallsituation darstellt, die eine umgehende Entlastung des Nierenhohlsystems sowie des oberen Harntraktes verlangt, also eine instrumentelle Maßnahme in Form einer inneren oder äußeren Harnableitung. 80

Hinsichtlich des Zeitpunktes, wann eine Harnableitung durchgeführt werden soll, ist, wie der Sachverständige dargelegt hat, anhand der aktuellen Literatur keine genaue Aussage möglich. Da die Mehrheit der Autoren jedoch übereinstimmend der Ansicht ist, dass eine obstruktive interstitielle Nephritis eine der ernsthafteren Komplikationen einer Harnsteinerkrankung ist und unbehandelt zu der schwerwiegendsten Komplikation einer Pyonephrose (eitrige Einschmelzung von Nierengewebe), verbunden mit einer hohen Mortalität und dem Risiko des Nierenverlustes führt, hat die Angst vor dieser Komplikation zu dem klinischen Dogma geführt, dass obstruktive Harnsteine mit dem Verdacht einer Infektion in Form einer notfallmäßigen Entlastung des Nierenhohlsystems behandelt werden sollten. 81

Vorliegend lagen mit der nachgewiesenen Leukozytose sowie der Harnstauungsniere wenigstens zwei Befunde vor, die das Risiko einer sich anbahnenden Komplikation im Sinne einer beginnenden Infektion wahrscheinlich machten. 82

Da der Kläger schließlich zusätzlich nach stattgehabter ESWL-Behandlung vom 24.07.1998 Fieber entwickelt hatte, musste aufgrund dieses weiteren komplizierten Symptoms spätestens zu diesem Zeitpunkt der Beginn eines septischen Geschehens im Sinne einer fieberhaften, infizierten Harnstauungsniere erkannt werden. 83

Daher war notfallmäßig, also unverzüglich, jedoch spätestens am Tag nach der ESWL-Behandlung die Entlastung der linksseitigen Harnstauungsniere in Form einer äußeren perkutanen Nephrostomie oder eines inneren DJ-Katheters indiziert. Hieran ändert, wie der Sachverständige dargelegt hat, auch der Umstand nichts, dass der Patient bereits bei der Aufnahme eine Leukozytenzahl von ungefähr 25000 G/l hatte. 84

Zudem steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass eine fehlerhafte Behandlung durch den Beklagten zu 2) insofern erfolgt ist, als spätestens am 10.08.1998 eine antimykotische Therapie hätte eingeleitet werden müssen, was aber unterlassen wurde. 85

Nach Erhalt des mikrobiologischen Befundergebnisses vom 10.08.1998, wonach candida albicans in aeroben sowie anaeroben Kulturen nachgewiesen worden waren, hätte ein antimykotische Therapie begonnen werden müssen. Angesichts des insgesamt komplizierten Krankheitsverlaufs und der zahlreichen Vorerkrankungen des Patienten mit wechselnden septischen Schüben trotz hochdosierter Antibiotikatherapie war die Indikation für eine systematische Therapie mit zum Beispiel Fluconazol oder Amphotericin B gegeben. 86

Insofern handelt es sich nach den Ausführungen des Sachverständigen allerdings nicht um einen groben Verstoß gegen die Regeln ärztlicher Heilkunde, sondern allenfalls um einen "mittleren" Fehler. 87

Der Kläger musste daher nachweisen, dass die fehlerhafte Behandlung durch den Beklagten zu 2) gerade zu den behaupteten Folgeschäden geführt hat.	88
Dies ist ihm zunächst im Hinblick auf die behauptete Nierenschädigung nicht gelungen:	89
Der Sachverständige X. hat insofern nachvollziehbar ausgeführt, dass dem Kläger durch die fehlerhaft erfolgte Behandlung in urologischer Sicht kein Schaden entstanden ist. Trotz der schwerwiegenden interstitiellen Nephritis mit septischem Krankheitsbild kann dem Kläger anhand der durch den Sachverständigen durchgeführten Laboruntersuchungen und der Nierenfunktionsszintigraphie eine weitgehend normale und der Altersnorm entsprechende, insbesondere linksseitige Nierenfunktion bescheinigt werden.	90
Auch die Behauptung, dass die Narbe auf die fehlerhafte Behandlung durch den Beklagten zu 2) zurückzuführen ist, konnte durch den Kläger nicht bewiesen werden. Für das Gericht steht nicht mit der erforderlichen Sicherheit fest, dass eine erfolgreiche frühzeitige Harnableitung mit Sicherheit eine operative Revision der septischen Niere und damit die Narbenbildung hätte verhindern können. Der Sachverständige hat hierzu nur ausführen können, dass mit höherer Wahrscheinlichkeit eine operative Revision hätte verhindert werden können, was zur entsprechenden Überzeugungsbildung des Gerichtes hier allerdings nicht ausreicht. Zudem handelt es sich bei der Narbe um eine völlig unauffällige primär verlaufene Flankennarbe; nicht, wie der Kläger ausgeführt hat, um auffällig lange und wulstige Narbe.	91
Wenn der Kläger behauptet hat, dass er schwere Lasten nicht tragen könne, so ist dieser behauptete Folgeschaden widerlegt durch die Ausführungen des Sachverständigen X., der vorgetragen hat, dass der Kläger sicher problemlos Lasten tragen könne.	92
Auch lässt sich nach den Ausführungen des Sachverständigen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen, dass nach Abschluss der Behandlung noch behandlungsfehlerbedingte Beschwerden bzw. funktionelle Einschränkungen an der Niere über längere Zeit bestanden hätten, weshalb auch dieser behauptete Folgeschaden durch den Kläger nicht bewiesen werden konnte.	93
Allerdings steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass die Augenschäden des Klägers auch auf die fehlerhaft erfolgte Behandlung durch den Beklagten zu 2) zurückzuführen sind:	94
Wie der Sachverständige X. ausgeführt hat, stellt es einen Behandlungsfehler dar, dass nicht bereits am 10.08.1998 eine antimykotische Therapie eingeleitet wurde. Der Sachverständige Prof. Dr. C. hat dargelegt, dass eine möglichst frühzeitige Behandlung der Urosepsis, die hier auch zu der metastatischen Endophtalmitis geführt hat, das Risiko einer Endophtalmitis verringert hätte.	95
Indem also die frühzeitige erforderliche Behandlung durch den Beklagten zu 2) nicht erfolgt ist, hat sich das erhöhte Risiko des Eintritts der Endophtalmitis mit den daraus resultierenden Augenschäden des Klägers gerade verwirklicht. Wie der Sachverständige Prof. Dr. C. ausgeführt hat, kann mit großer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das Endresultat besser gewesen wäre, als es jetzt ist, wenn bereits am 10.08. bzw. 11.08. die gebotenen therapeutischen Maßnahmen eingeleitet worden wären. Hat somit der Beklagte zu 2) selbst schuldhaft eine Ursache für den beim Kläger letztlich eingetretenen Augenschaden gesetzt, was sich auch der Beklagte zu 1) zurechnen lassen muss, wird der Kausalverlauf auch nicht etwa durch das hinzutretende schwerwiegende Fehlverhalten des	96

Beklagten zu 3) unterbrochen, da dieses kein derart ungewöhnliches Ereignis darstellt, dass es außerhalb jeglicher Lebenserfahrung läge.

Auch der Folgeaufenthalt in der MHH, der gerade zur Behandlung der Retinitis und zur weitergehenden Behandlung der Nierenschäden erfolgte, beruht auch auf der fehlerhaft erfolgten Behandlung durch den Beklagten zu 2). Der Sachverständige X. hat insofern ausgeführt, dass der weitergehende Aufenthalt in der MHH bei sachgerechter Behandlung durch den Beklagten zu 2) vermeidbar gewesen wäre. 97

Auch ein längerer Krankenhausaufenthalt als 14 Tage im Krankenhaus L. wäre vermeidbar gewesen. 98

Der Beklagte zu 1) haftet für die fehlerhaft erfolgte Behandlung durch den Beklagten zu 2) nach § 831 BGB, da der Beklagte zu 2) als Verrichtungsgehilfe des Beklagten zu 1) tätig geworden ist. 99

Der Anspruch des Klägers gegen die Beklagten auf Zahlung eines Schmerzensgeldes ist auch nicht verjährt: Die hier anzuwendende dreijährige Verjährungsfrist des § 852 BGB-aF beginnt mit Kenntnis des Geschädigten von dem Schaden und der Person des Schädigers. Von einer solchen Kenntnis kann hier aber frühestens mit Abschluss der Behandlung durch die Beklagten ausgegangen werden; Zeitpunkt der Kenntnisnahme war damit allenfalls der 18.08.1998. 100

Die Verjährung wird u.a. dann unterbrochen, wenn der Berechtigte Klage erhebt, § 209 BGB-aF. Die Klage ist am 17.08.2001 bei Gericht eingegangen, wurde den Beklagten aber erst am 11.09.2001 zugestellt und damit auch erst zu diesem Zeitpunkt erhoben i.S.v. §§ 253, 261 ZPO. Die Unterbrechung ist hier jedoch nach § 270 III ZPO noch rechtzeitig erfolgt. 101

Abgesehen davon ist nach § 202 BGB-aF die Verjährung dann gehemmt, wenn zwischen den Parteien ein Stillhalteabkommen vereinbart wurde (vgl. Palandt, 61. Aufl., § 202, Rn.8). Dies kann insbesondere dann zu bejahen sein, wenn die Parteien ein Verfahren vor einer Schlichtungsstelle betreiben, was hier geschehen ist. 102

Die Verjährung war für den Zeitraum des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle also gehemmt, weshalb die dreijährige Verjährungsfrist hier jedenfalls nicht überschritten wurde. 103

Die Kammer hält zur Entschädigung des Klägers einen Schmerzensgeldbetrag von 18.000 EUR für angemessen. 104

Berücksichtigt wurde, dass der Kläger, wie vom Sachverständigen C. bestätigt wurde, auf beiden Augen in seinem Sehvermögen sehr stark eingeschränkt ist und sein Sichtfeld erheblich eingeengt ist. Er kann wegen des eingeschränkten Sehvermögens nicht mehr Autofahren; seine Tätigkeit als Kraftfahrer musste der Kläger aufgeben. Der Grad der Behinderung wurde vom Versorgungsamt von zuvor 60% auf 100% heraufgestuft. 105

Weiter wurde berücksichtigt, dass sich durch die fehlerhaft erfolgte Behandlung durch die Beklagten der Krankenhausaufenthalt des Klägers um ca. zwei Wochen verlängert hat; zudem hätte der Aufenthalt in der MHH nicht erfolgen müssen. 106

Soweit der Kläger einen höheren Schmerzensgeldbetrag für angemessen erachtet hat, war die Klage abzuweisen.

2. Der Kläger hat gegen die Beklagten weiterhin einen Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Kostenpauschale von 50 DM (=25,56 EUR) sowie auf die Erstattung von Fahrtkosten in Höhe von 2160,00 DM (=1104,39 EUR). 108

Dem Grunde nach besteht der Anspruch auf Erstattung der entstandenen materiellen Schäden aus pVV des Behandlungsvertrages i.V.m. §278 BGB bzw. aus §823, 831 BGB. 109

Fahrtkosten, auch Fahrtkosten naher Angehöriger, sind schadensersatzfähig (vgl. Palandt, §249, Rn.11). Es können grundsätzlich, wie vorliegend geschehen, 0,40 DM pro Kilometer angesetzt werden. 110

Die Behandlung in der MHH ist, wie bereits festgestellt wurde, gerade auf die fehlerhafte Behandlung durch die Beklagten zurückzuführen, weshalb auch die insofern entstandenen Fahrtkosten voll zu erstatten sind. 111

Der Kläger hat sich insgesamt zweimal stationär für die Zeiträume vom 18.08. bis zum 21.08.1998 sowie vom 23.09. bis zum 02.10.1998 in der MHH aufgehalten, insgesamt also für 15 Tage. 112

Auch die Behandlung im Krankenhaus L. hat sich, wie bereits dargelegt, um ca. zwei Wochen behandlungsfehlerbedingt verzögert. 113

Zur Überzeugung des Gerichts steht insofern mit der erforderlichen Sicherheit nach dem substantiierten Vortrag des Klägers aufgrund eigener Schätzung nach §287 ZPO fest, dass die geltend gemachten Kosten für 25 einfache Fahrten zur MHH bzw. 10 Fahrten zum Krankenhaus L. durch Fahrten des Klägers bzw. seiner Ehefrau angefallen sind. 114

3. Der geltend gemachte Feststellungsantrag ist ebenfalls zulässig und begründet. Das Interesse an der Feststellung einer Ersatzpflicht der materiellen und weiteren immateriellen künftigen Schäden besteht durch die Möglichkeit weiterer, jetzt noch nicht absehbarer Schäden. 115

4. Der Zinsanspruch ergibt sich aus §§288 I, 286, 284, 242 BGB. Da die Beklagten spätestens am 06.08.2001 die Leistung ernsthaft und endgültig verweigert haben bzw. auf eine entsprechend gesetzte Frist nicht reagiert haben, befanden sie sich seit dem 07.08.2001 mit ihrer Leistung in Verzug. 116

5. Die Kostenentscheidung ergeht nach §92 I ZPO, die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit nach §§709 S.1, 708 Nr.11, 711 ZPO. 117