
Datum: 04.03.2021
Gericht: Landgericht Dortmund
Spruchkörper: 4. Zivilkammer
Entscheidungsart: Grund- und Teilurteil
Aktenzeichen: 4 O 152/19
ECLI: ECLI:DE:LGDO:2021:0304.4O152.19.00

Schlagworte: Sturz im Aufwachraum; voll beherrschbares Risiko;
Krankenhaussträger ist kein Unternehmer

Normen: BGB § 630 a

Tenor:

Die Klage ist dem Grunde nach gerechtfertigt.

Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger alle auf das Fehlverhalten der Beklagten anlässlich des Sturzereignisses vom 18.07.2017 zurückzuführenden künftigen materiellen und – soweit nicht vorhersehbar – immateriellen Schäden zu ersetzen, soweit sie nicht auf Dritte, insbesondere Versicherungen und Sozialversicherungsträger übergegangen sind und übergehen werden.

Die Kostenentscheidung bleibt der Schlussentscheidung vorbehalten.

Tatbestand

Der Kläger (*00.00.1950) nimmt die Beklagte wegen eines Sturzereignisses aus dem Bett im Aufwachraum nach einer Knieoperation auf Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld sowie auf Feststellung der weiteren Schadensersatzpflicht in Anspruch. 1 2

Der Kläger begab sich am 18.07.2017 für eine geplante Arthroskopie des linken Kniegelenks in die stationäre Behandlung des Katholischen Krankenhauses G1, ein Krankenhaus der Beklagten. Die Operation wurde an demselben Tag in Allgemeinnarkose durchgeführt. Postoperativ wurde der Kläger in den Aufwachraum verbracht. Unstreitig kam es dort zum 3

Sturz aus dem Bett.

Der Kläger prallte mit dem Kopf auf den Fußboden. Im Stirnbereich zeigte sich eine Prellmarke, der Zahn 23 war abgebrochen. Ungefähr 30 Minuten nach dem Sturzereignis zeigten sich eine Schwäche im Bereich des linken Armes sowie Kribbelparästhesien im Bereich der übrigen Extremitäten. Die daraufhin durchgeführte bildgebende Diagnostik zeigte eine Spinalkanalstenose langstreckig von HWK3-HWK7 sowie eine Contusio spinales ab HWK3/4-HWK5. Der Kläger wurde auf die Intensivstation verlegt. 4

Ausweislich der Behandlungsdokumentation zeigte sich am Folgetag weiterhin eine schlaffe Parese des linken Armes. Das linke Bein konnte noch spontan bewegt werden. Es bestanden persistierende Kribbelparästhesien im Bereich der rechten oberen Gliedmaße. Am gleichen Tag erfolgte die Verlegung des Klägers in die neurochirurgische Abteilung des Knappschaftskrankenhauses N1. Dort wurde keine Indikation für ein operatives Vorgehen gesehen. 5

Der Kläger wurde am 24.07.2017 in das Haus der Beklagten zurückverlegt. Bei der Aufnahme zeigte sich eine inkomplette Tetraplegie. In den Folgetagen erfolgten Krankengymnastik, Lymphdrainage, Massage, Atemgymnastik, Ergotherapie und Behandlung mittels Bewegungsschiene. Eine Gehfähigkeit konnte nicht hergestellt werden. Zudem trat ein Harnwegsinfekt auf. Das Abtrainieren des Venen-Katheters misslang. Im Kontroll-MRT vom 31.07.2017 zeigte sich eine Befundverschlechterung im Bereiche des Defektareals des Rückenmarks in den Segmenten C3-C7, das sich fortschreitend demarkierte. Aufgrund dessen wurde der Kläger am 08.08.2017 in die Abteilung für Rückenmarksverletzte der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik P1 in T1 verlegt. Ausweislich der Aufnahmediagnose wurde eine Contusio Spinalis auf Höhe HWK3/4 bei disco-ligamentärer Instabilität festgestellt. Es bestanden eine neurogene Harnblasen- und Mastdarmentleerungsstörung mit Inkontinenz, Deafferentierungsschmerz, leichte kognitive Funktionseinschränkungen und sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen, sodass der Kläger insgesamt acht Monate stationär in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik P1 behandelt wurde. 6

Ausweislich des Entlassungsberichts vom 03.04.2018 (Anlage K2, Bl. 13 ff. d. A.), auf dessen Inhalt vollumfänglich Bezug genommen wird, ergab sich folgender Befund des Klägers bei seiner Entlassung: 7

Pat wach, ansprechbar und orientiert. Auf Stationsebene mit Rollator mobil. 8

In der klinischen Untersuchung zeigte sich: 9

Obere Extremitäten 10

Deltoideus KG 3/5 bds 11

Armbeuger KG 5/5 bds 12

Armstrecker KG 3/5 bds 13

Handgelenksstrecker KG 3/5 bds 14

Fingerbeugung KG 4/5 bds 15

Fingerspreizen KG 1/5 bds 16

<i>Untere Extremitäten:</i>	17
<i>Hüftbeugung und -streckung, Kniestreckung und-Beugung, Fußheber und-Senker bds KG 5/5</i>	18
<i>Der Patient gab ab dem Dermatome C3 eine Hypästhesie an („es fühle sich an, wie eingeschlafen“), ansonsten werden Berührung, sowohl leichte Berührung als auch Spitz/Stumpfdiskriminierung ubiquitär wahrgenommen.</i>	19
<i>(...) neurogene Blasenentleerungsstörung (...)</i>	20
<i>(...) neurogenen Darmlähmung (...)</i>	21
Das Katholische Krankenhaus G1 meldete den Sturz der zuständigen Berufsgenossenschaft, der Verwaltungs-BG in U1. Der dazu angefertigte Durchgangsarztbericht enthält folgende Angabe zum Unfallhergang:	22
<i>(...) Das Bettgitter war nicht befestigt.</i>	23
Die Berufsgenossenschaft zahlt eine monatliche Unfallrente nach einem MdE von 100 %, zunächst ab dem 19.07.2017 i.H.v. 1.190,00 € und seit dem 01.07.2019 i.H.v. 1.228,32 €. Darüber hinaus trägt die Berufsgenossenschaft die Kosten einer Pflegekraft, der der Kläger Unterkunft in seinem Haus und Verpflegung zur Verfügung stellt. Die Pflegekraft ist für die Haushaltsführung des Klägers und seine Pflege zuständig. Die Beiträge für den Versicherungsschutz der Patienten, mithin auch des Klägers, zahlen die Kranken- und Pflegekassen. Der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ruht, da die Berufsgenossenschaft Pflege als Sachleistung erbringt.	24
Aufgrund des Sturzereignisses begehrt der Kläger von der Beklagten die Zahlung eines Schmerzensgeldes, wobei er einen Betrag i.H.v. 300.000,00 € für angemessen erachtet. Weiterhin macht der Kläger die Zahlung eines Haushaltsführungs-/Pflegeteilebedarfschadens i.H.v. 10.836,00 € für die Zeit bis zum 31.03.2019 und ab dem 01.04.2019 einen künftigen monatlichen Haushaltsführungs-/Pflegeteilebedarfschaden von 903,00 € bis zum 75. Lebensjahr sowie die Erstattung von Eigenbeteiligungen an den Behandlungskosten, Pflegekosten und Fahrtkosten, nicht erstattete Kosten für Heil- und Hilfsmittel und Kosten für Schmerzmittel i.H.v. 1.000,00 € geltend. Zuletzt begehrt der Kläger die Feststellung der Schadensersatzpflicht für künftige materielle und nicht vorhersehbare immaterielle Schäden.	25
Der Kläger behauptet, dass er bei der Verbringung in den Aufwachraum vollständig unter der Einwirkung der Narkose gestanden habe und nicht bewusstseinsklar gewesen sei. Erst bei der späteren CT-Untersuchung sei er wieder zu vollem Bewusstsein gelangt. An den davorliegenden Zeitraum habe er keine Erinnerung. Selbst wenn ein Patient nach einer Narkose einen wachen Eindruck mache, sei dessen Urteilsvermögen eingeschränkt und die Konzentration und Reaktionsfähigkeit herabgesetzt.	26
Der Beklagten sei vorzuwerfen, dass seitens der behandelnden Ärzte und des Pflegepersonals im Aufwachraum die zur Sicherung am Krankenbett angebrachten Bettgitter nicht so befestigt worden seien, dass ein Sturz aus dem Bett verhindert werden können. Gerade im Aufwachraum nach einer Operation sei es ein voll beherrschbares Risiko, den Sturz vom Patienten aus dem Bett zu verhindern.	27
Hinsichtlich seiner körperlichen Verfassung vor dem Sturzereignis behauptet der Kläger, dass er als Rentner ein völlig unbeeinträchtigtes, selbstständiges Leben geführt habe. Er habe	28

allein in seinem Einfamilienhaus mit Einliegerwohnung gewohnt. Die Gesamtwohnfläche betrage 200 m², wovon er selbst 130 m² genutzt habe. Um ungestört zu sein, habe er die Einliegerwohnung von 70 m² nicht vermietet. Den Garten mit einer Größe von 350 m² habe er alleine gepflegt und im Wesentlichen alle handwerklichen Arbeiten rund um das Haus und im Haus selbst erledigt. Auch seinen Haushalt habe er allein bestritten und dazu eingekauft, Nahrung zubereitet sowie Haus und Garten gereinigt. Weiterhin sei er Fahrrad gefahren, mit seinem Motorrad unterwegs gewesen und habe natürlich seinen PKW genutzt. Er habe lange Spaziergänge und Wanderungen unternommen und sei insgesamt sportlich und gesund gewesen. Daran hätten auch die gelegentlichen Kniebeschwerden links nichts geändert.

Durch das schädigende Ereignis sei sein Leben jedoch vollständig verändert. Er sei 24 Stunden am Tag und sieben Tage der Woche pflege- und hilfebedürftig. In seiner Wohnung könne er sich nur kleinschrittig, langsam und mit Hilfe fortbewegen. Außerhalb der Wohnung könne er einige Meter mit Rollator mit starken Schmerzen zurücklegen, etwa zum Taxi, um die täglichen Wege zu diversen Arztbesuchen, physio- und ergotherapeutischen sowie den psycho-therapeutischen Terminen wahrzunehmen. Autofahren sei ihm nicht möglich. Überdies sei er nicht mehr in der Lage, irgendwelche Tätigkeiten im Rahmen der Haushaltsführung, in der Wohnung oder dem Garten zu übernehmen. Er bedürfe der Hilfe bei der Körperhygiene und sei nicht mehr in der Lage, sich allein und selbständig an- und auszukleiden oder Schraubverschlüsse an Flaschen zu öffnen oder zu schließen. Ferner könne er auch kein Glas festhalten oder zum Trinken zum Mund führen, sodass er aus einem Strohhalm trinke. Tagtäglich müsse er diverse hochwirksame Medikamente einnehmen, damit er die massiven Schmerzen überhaupt ertragen könne. 29

Ohne das schädigende Ereignis hätte er am 18.07.2017, spätestens am Folgetag das Krankenhaus verlassen und sein vorheriges Leben fortgesetzt. Stattdessen habe er einen Krankenhausaufenthalt von fast neun Monaten hinter sich und sei nunmehr schwerstpflegebedürftig und vollumfänglich in allen Lebenslagen auf fremde Hilfe angewiesen. Es bestehe eine Blasen- und Darmentleerungsstörung. Auch leide er unter einer Hypästhesie ab dem Dermatome C3, also unter dem Gefühl, dass der Körper sich wie eingeschlafen anfühle, und zwar von der mittleren Halswirbelsäule an abwärts. Es bestehe ein extremer Deafferenzschmerz hinsichtlich aller vier Gliedmaßen, obwohl die Nervenleitbahnen dorthin unterbrochen seien. Die Situation sei psychisch extrem belastend, weswegen er psychisch erkrankt sei und unter Depressionen leide. Es sei nicht auszuschließen, dass sich sein Zustand derart verschlechtere, etwa durch Eintritt einer Atemlähmung oder durch den Verlust der verbliebenen Restaktivitäten der Gliedmaßen, dass er nicht mehr länger im häuslichen Umfeld gepflegt werden könne, sondern dauerhaft in einem Pflegeheim untergebracht werden müsse. Es sei aus heutiger Sicht noch nicht klar, ob diese zusätzlichen Kosten von der Berufsgenossenschaft übernommen würden oder von der gesetzlichen Pflegeversicherung und ob diese Leistungen kostendeckend sein würden. Wegen des weiteren Vorbringens des Klägers zur den geltend gemachten Schäden wird auf die zur Akte gereichten Schriftsätze Bezug genommen. 30

Der Kläger beantragt, 31

- 1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen, 32

- 2. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 34

- a) einen monatlichen Haushaltsführungs-/Pflegetmehrbedarfsschaden in Höhe von 903,00 € zu zahlen, fortlaufend bis zum 75. Lebensjahr des Klägers, beginnend ab dem 01.04.2019, 35
- b) für die Zeit vom 01.04.2018 bis einschließlich 31.03.2019 rückständigen Haushaltsführungs-/Pflegetmehrbedarfsschaden in Höhe von 10.836,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen, 36
- 3. die Beklagte zu verurteilen, an ihn materiellen Schadensersatz in Höhe von 1.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen, 37
 - 4. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihm alle auf das Fehlverhalten der Beklagten anlässlich des Sturzereignisses vom 18.07.2018 zurückzuführenden, künftigen materiellen und – sofern nicht vorhersehbar – immateriellen Schäden zu ersetzen, soweit sie nicht auf Dritte, insbesondere Versicherungen und Sozialversicherungsträger übergehen, 39
 - 5. die Beklagte zu verurteilen, an ihn vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten in Höhe von 7.807,11 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. 40

Die Beklagte beantragt, 41

die Klage abzuweisen. 42

Die Beklagte behauptet, dass der Unfall tragisch und bedauernswert sei, aber ihrerseits keine Sorgfaltspflichtverletzung zu dem Unfallereignis beigetragen habe. Die Vollnarkose sei völlig unauffällig verlaufen. Im Aufwachraum sei der Kläger durch die beiden Pflegerinnen des Aufwachraums aus der Patienten-Schleuse übernommen worden. Bei der Übernahme sei der Kläger wach und ansprechbar gewesen, kooperativ und absolut unauffällig. Er sei von den Pflegerinnen sofort an das Monitoring angeschlossen worden und das Patientenbett sei auf möglichst niedriges Niveau gebracht worden. Er habe keinerlei Auffälligkeiten gehabt, sein Kreislauf sei stabil gewesen, seine Vitalparameter im Normbereich, die Haut intakt, der Verband trocken und die Drainage ohne Befund. Auf Nachfrage habe er angegeben, an keinerlei Beschwerden zu leiden. Bis zu dem Zeitpunkt, als die Übernahme des nächsten Patienten aus der Schleuse angestanden habe, habe es keinerlei Veränderungen der Vigilanz oder des Allgemeinzustandes des Klägers gegeben. Er habe ruhig und friedlich in seinem Bett gelegen. Als die Pflegerinnen sich dann dem nächsten Patienten, der in den Aufwachraum übernommen werden sollte, zugewandt und vom Kläger abgewandt hatten, habe es plötzlich einen lauten Knall gegeben. Der Kläger müsse eine ruckartige Seitwärtsbewegung nach rechts gemacht haben, so dass er aus dem Bett gestürzt sei. Die Pflegekräfte seien zu ihm geeilt und hätten ihn in halb Bauch-/Seitenlage vorgefunden, ihn ins Patientenbett zurückgehoben und unverzüglich die Ärzte der Anästhesie und Unfallchirurgie benachrichtigt. Von der Prellmarke und dem Zahnverlust abgesehen seien die Vitalzeichen des Klägers unauffällig gewesen. Er habe keinerlei hämodynamische Veränderungen aufgewiesen. Die Pupillenreaktion sei seitengleich, lichtreagibel und mittelweit gewesen. Auch die Vigilanz sei unauffällig gewesen. Er sei weiterhin unauffällig, ansprechbar und Kreislauf stabil gewesen. Nach 20 bis 30 Minuten habe der Kläger dann angegeben, seiner Extremitäten nicht mehr adäquat bewegen zu können, so dass erneut eine Arzthinformation 43

erfolgt sei und sodann die CT Untersuchung.

Weiterhin behauptet die Beklagte, dass die Anbringung eines Bettgitters nicht notwendig gewesen sei. Überdies sei im Aufwachraum keine ununterbrochene Beobachtung bzw. Betreuung geschuldet oder zu gewährleisten. Es gebe auch keinen Standard, dass jeder postoperative Patient in einem Bett mit aktivierten Bettgittern unterzubringen sei. Der Kläger sei längst aus der Vollnarkose aufgewacht, ansprechbar, ruhig und in völlig unauffälligem Allgemeinzustand gewesen. 44

Die Beklagte bestreitet sämtliche Folgen und ist der Ansicht, dass die Schmerzensgeldhöhe massiv übersetzt sei. Das MRT der Halswirbelsäule, das unmittelbar nach dem Vorfall gefertigt worden sei, habe ausgeprägte degenerative Veränderungen mit osteosklerotischen und knöchernen Veränderungen von HWK3-HWK7 im Sinne einer vorbestehenden, degenerativen Spinalkanalstenose gezeigt. Im Klinikum P1 sei von dem Kläger eine operative Dekompression und Stabilisierung der HWS abgelehnt worden. Zum Abschluss der Behandlung im Klinikum P1 sei die Kraft in den oberen Extremitäten nur noch geringfügig bis mittelgradig eingeschränkt gewesen, im Bereich der unteren Extremitäten habe volle Kraft ohne Einschränkung bestanden. Er sei auf der Stationsebene mit Rollator mobil gewesen, sodass die Gehfähigkeit wiederhergestellt sei. Die perianale Sensitivität sei erhalten gewesen, ebenso der Sphinktertonus, weswegen eine persistierende Mastdarmlähmung ebenso wie ein ständiger, starker Deafferentierungsschmerz bestritten werde. Auch bestehe keine volle Pflegebedürftigkeit. 45

Überdies treffe den Kläger ein Mitverschulden, weil er die ungefährliche Liegeposition nicht beibehalten habe. 46

Zudem sei der Kläger durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt und erhalte auch Leistungen nach §§ 42, 44 SGB VII im Bereich der Haushaltsführung und Pflege. Ein darüberhinausgehender Pflegebedarf bestehe nicht. 47

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die von den Parteien zur Gerichtsakte gereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die seitens der Kammer beigezogenen Krankenunterlagen Bezug genommen. 48

Die Kammer Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeuginnen C1 und D1. Ferner hat die Kammer ein schriftliches Sachverständigengutachten eingeholt, das der Sachverständige W1. in der mündlichen Verhandlung erläutert hat. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten vom 20.01.2020 (Bl. 88 ff. d. A.) sowie auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 15.10.2020 (Bl. 136 ff. d. A.) und 04.03.2021 (Bl. 171 ff. d. A.) verwiesen. 49

Die Klage ist der Beklagten am 17.05.2019 zugestellt worden. 50

Entscheidungsgründe 51

I. 52

Die zulässige Klage ist, soweit der Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld und den Ersatz materieller Schäden geltend macht, dem Grunde nach berechtigt. Ferner hat der Kläger einen Anspruch auf Feststellung der weiteren Schadensersatzpflicht. 53

1. 54

55

Der Antrag des Klägers auf Feststellung der weiteren Schadensersatzpflicht – der Klageantrag zu 4 – war bei verständiger Würdigung in analoger Anwendung der §§ 133, 157 BGB dahingehend auszulegen, dass nicht nur Ansprüche ausgeschlossen sein sollen, die auf Sozialversicherungsträger (§ 116 Abs. 1 SGB X) oder Dritte (§ 86 Abs. 1 VVG) übergehen (werden), sondern auch Ansprüche, die bereits übergegangen sind. Hinsichtlich der künftigen materiellen Schäden ist ein Feststellungsausspruch zulässig. Die Anspruchsvoraussetzungen liegen ebenfalls vor. Insoweit bedarf der Ausspruch nur der Einschränkung für den Fall des Forderungsübergangs auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte, die bereits im Klageantrag zu 4 enthalten war.

2. 56

Der Anspruch des Klägers ergibt sich aus §§ 630 a, 280, 278, 31, 249, 253 BGB bzw. §§ 823, 31, 831, 249, 253 BGB. Denn die Behandlung des Klägers im Aufwachraum im Haus der Beklagten war fehlerhaft. 57

a) 58

Dem Anspruch des Klägers steht nicht entgegen, dass sein Sturzereignis vom Unfallversicherungsträger der Beklagten, der C4, als Versicherungsfall anerkannt worden ist. Die Anerkennung des Versicherungsfalls löst für die Beklagte keine Haftungsbeschränkung nach § 104 Abs. 1 S. 1 SGB VII aus, nach dem Unternehmen den Versicherten, die für ihre Unternehmen tätig sind oder zu ihren Unternehmen in einer sonstigen die Versicherung begründenden Beziehungen stehen, zum Ersatz des Personenschadens, den ein Versicherungsfall verursacht hat, nur verpflichtet sind, wenn sie den Versicherungsfall mitunter vorsätzlich herbeigeführt haben. 59

Die Haftungsbeschränkung des § 104 Abs. 1 S. 1 SGB VII greift zugunsten der Beklagten nicht ein, da diese kein Unternehmer i.S.d. § 136 Abs. 3 SGB VII ist, sodass Ansprüche des Klägers nicht von vornherein auf einen vorsätzlich herbeigeführten Versicherungsfall begrenzt sind. 60

§ 104 privilegiert Unternehmer, wobei insoweit auf die Definition des Unternehmers i.S.d. § 136 Abs. 3 SGB VII zurückzugreifen ist. Soweit § 136 Abs. 3 Nr. 2-4 SGB VII Sonderregelungen über die Unternehmereigenschaft im Zusammenhang mit der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, für versicherte Kinder, Schüler und Studenten sowie für den Bereich der Seefahrt enthält, gelten diese auch für den Anwendungsbereich des § 104 SGB VII (Schmitt SGB VII/Jochem Schmitt, 4. Aufl. 2009, SGB VII § 104 Rn. 4, 5). 61

Gemäß § 136 Abs. 3 Nr. 2 SGB VII ist Unternehmer bei nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 oder Nr. 15 lit. a bis c SGB VII versicherten Rehabilitanden der Rehabilitationsträger. Für Rehabilitanden i.S.d. § 2 Abs. 1 Nr. 2 oder 15 SGB VII wäre nach allgemeinen Regeln die Rehabilitationseinrichtung (z.B. Krankenhaus) Unternehmer; Nr. 2 legt davon abweichend fest, dass als Unternehmer der Rehabilitationsträger anzusehen ist (Schmitt SGB VII/Jochem Schmitt, 4. Aufl. 2009, SGB VII § 136 Rn. 27). 62

Rehabilitationsträger ist also derjenige, wer die Maßnahme veranlasst und die Kosten dafür trägt (z.B. Rentenversicherungsträger, Krankenversicherungsträger). Ohne diese Anordnung wäre die Rehabilitationseinrichtung (z.B. Krankenhaus) als solcher anzusehen (BeckOK SozR/Schlaeger, 59. Ed. 1.12.2020, SGB VII § 136 Rn. 11 mit Verweis auf Schmitt SGB VII, a.a.O., § 136 Rn. 27). Danach ist die Krankenkasse des Klägers als diejenige, die die Kosten der stationären Behandlung übernimmt, Unternehmer i.S.d. § 136 Abs. 3 Nr. 2 SGB VII, nicht 63

jedoch die Beklagte.

b)

64

Soweit die Kammer von einem Behandlungsfehler ausgeht, folgt sie den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen W1. Als Chefarzt der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin bestehen an seiner fachlichen Kompetenz keine Zweifel, da er sowohl über fundiertes theoretisches Wissen als auch über eine umfassende praktische Erfahrung verfügt. Zudem ist er der Kammer seit Jahren als versierter Sachverständiger bekannt. Auch im vorliegenden Rechtsstreit hat er sämtliche Krankenunterlagen gründlich aufgearbeitet und sämtliche für die Entscheidung des Rechtsstreits maßgeblichen Fragen im schriftlichen Gutachten und im Rahmen seiner mündlichen Anhörung eindeutig beantwortet. Auf der Grundlage der durchgeführten Zeugenvernehmungen hat er sein schriftliches Gutachten ergänzt, sämtliche Einwendungen gegen sein Gutachten ausräumen können und die Kammer mit der nach § 286 ZPO erforderlichen Gewissheit überzeugt, dass die Beklagte nicht das Erforderliche veranlasst hat, um die Schädigung des Klägers zu verhindern.

65

Gemäß § 286 ZPO hat das Gericht unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlung und des Ergebnisses einer Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden, ob eine tatsächliche Behauptung für wahr oder nicht für wahr zu erachten ist. Die nach § 286 ZPO erforderliche Überzeugung des Richters erfordert keine absolute oder unumstößliche Gewissheit und auch keine "an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit", sondern nur einen für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet (st. Rspr., vgl. BGH, Urteil v. 08.07.2008, Az. VI ZR 274/07 m.w.N.).

66

Die Kammer und der Sachverständige konnten sich aufgrund der eingereichten Lichtbilder einen Überblick über die Örtlichkeiten verschaffen. Auf der Grundlage der Aussagen der Zeuginnen C1 und D1 geht die Kammer von folgenden Geschehnissen aus: Üblicherweise ist der Aufwachraum im Haus der Beklagten mit einer Pflegekraft besetzt. Am 18.07.2017 hatte die Zeugin D1 ihren ersten Arbeitstag im Aufwachraum, sodass die Zeugin C1 als erfahrene Pflegekraft ausnahmsweise zusätzlich zum Zwecke der Einweisung im Aufwachraum tätig war. Die Zeuginnen holten den Kläger aus dem OP ab. Nach dem Ausschleusen aus dem OP gelangt man in einen Vorraum und von dort aus in den Aufwachraum, der Platz für drei Betten bietet. Der Kläger wurde in seinem Bett auf den rechten Platz gebracht, welcher vom Vorraum nicht einsehbar ist. Zwischen dem Aufwachraum und der OP-Schleuse befindet sich ein weiterer Raum, das Büro. Die OP-Schleuse verfügt zwar über ein Fenster zum Büro und dieses wiederum über ein Fenster zum Aufwachraum, aber die OP-Schleuse ist so weit vom Aufwachraum entfernt, dass kein sofortiger Zugriff auf die Patienten stattfinden kann. Nach dem Ausschleusen aus dem OP war der Kläger wach, kooperativ und ansprechbar. Ihm ging es gut und die Vitalparameter waren in Ordnung. Das Bett des Klägers, das zum Zeitpunkt seines Sturzes auf die niedrigste Stufe gestellt war, verfügte über keine fest angebrachte Bettgitteranlage in der Weise, dass die Bettgitter hochgestellt werden konnten. Externe Bettgitter, die an der Wand im Vorraum hingen, brachten die Zeuginnen am Bett des Klägers bewusst nicht an, sodass diese nicht nur vergessen wurden. Vielmehr bestand eine Anweisung, Bettgitter nur bei unruhigen Patienten anzubringen. Zu diesen Patienten gehörte der Kläger nicht. Während die Zeugin D1 den Kläger noch weiterversorgte, holte die Zeugin C1 den nächsten Patienten aus der OP-Schleuse ab. Da das Rangieren der Betten vom Schleusenraum über den Vorraum, der mit Betten der zu operierenden Patienten belegt und dadurch sehr eng war, schwierig war, kam die Zeugin D1 der Zeugin C1 zu Hilfe. Zu diesem Zeitpunkt befand sich auch der Pfleger W3 im Vorraum, der gerade einen Intensivpatienten mit Bett herunterbrachte. Durch einen lauten Knall wurden die Zeuginnen darauf

67

aufmerksam, dass der Kläger aus seinem Bett gefallen und mit dem Kopf auf dem Boden aufgeschlagen war.

Anhaltspunkte, die Glaubhaftigkeit der Aussage der Zeugin C1 in Zweifel zu ziehen, bestehen nicht. Die Zeugin C1 hat das Vor- und Nachgeschehen zum Sturzereignis detailliert und in sich widerspruchsfrei geschildert. Überdies hat die Zeugin D1 die Aussage der Zeugin C1 vollumfänglich bestätigt. Auch ihre Aussage erachtet die Kammer als glaubhaft. Beide Zeuginnen haben freimütig eingeräumt, dass keine Bettgitter am Bett des Klägers befestigt waren. Weiterhin entsprechen die Aussagen beider Zeuginnen den Örtlichkeiten im Haus der Beklagten, von denen sich das Gericht über die zur Akte gereichten Lichtbilder und die von der Zeugin C1 angefertigte Skizze der Örtlichkeiten ein umfassendes Bild machen konnte. Die Aussagen der Zeuginnen konnte das Gericht nachvollziehbar mit den dort ersichtlichen Örtlichkeiten in Einklang bringen. Zuletzt wird die Glaubhaftigkeit der Aussage der Zeuginnen dadurch verstärkt, dass die Aussagen dem späteren Unfallbericht, insbesondere im Hinblick auf die fehlenden Bettgitter entsprechen. 68

Auf der Grundlage dieser Zeugenaussagen ist mit dem Sachverständigen festzustellen, dass der Kläger nicht etwa im „Schlaf“ eigenverschuldet aus dem Bett gefallen ist, sondern weil die Narkosemittel nachwirkten. Dass der Kläger nach dem Ausschleusen aus dem OP wach, kooperativ und ansprechbar war, steht dem nicht entgegen. Denn der Sachverständige hat nachvollziehbar und detailliert erläutert, dass der wache Eindruck beim Ausschleusen darauf zurückzuführen sei, dass die Patienten vom Personal angesprochen werden und an ihnen herumhantiert wird. Nach den Ausführungen des Sachverständigen schlafen die Patienten dann jedoch narkosebedingt sofort wieder ein, sobald sie alleingelassen werden. Dass dies auch beim Kläger der Fall war, zeigt sich daran, dass dieser nach den Ausführungen des Sachverständigen ohne jeden Schutzreflex aus dem Bett gefallen und auf den Boden „geknallt“ ist. Denn nur das Stürzen ohne jeden Schutzreflex aus der sogar reduzierten Fallhöhe erklärt die erheblichen Verletzungen des Klägers in Form einer inkompletten Querschnittssymptomatik mit Tetraparese. 69

Überdies hat der Sachverständige erläutert, dass es immer wieder zu solchen Stürzen kommt, gerade weil die Narkose noch nachwirkt und die Patienten nicht bei Bewusstsein sind. Durch die Auswirkungen des Betäubungsverfahrens auf die vitalen Funktionen – hierzu gehört auch der Bewusstseinszustand – kann der Patient nach Anästhesien im Zusammenhang mit diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen noch für einige Zeit akut gefährdet sein. Stürze in dieser Phase der akuten Gefährdung müssen seitens der Beklagten verhindert werden. Der Fall des Klägers fällt in den Bereich des voll beherrschbaren Risikos. Voll beherrschbar sind letztlich all jene Bereiche im Umfeld ärztlichen Tuns, die von der Person des konkreten Patienten unabhängig und von den individuellen Eigenheiten seines Organismus nicht beeinflusst sind (BeckOK BGB/Katzenmeier, 57. Ed. 1.2.2021, BGB § 630h Rn. 24). Ein vollbeherrschbares Risiko ist nach der Rechtsprechung des OLG Hamm insbesondere dann anzunehmen, wenn sich der Patient zum Unfallzeitpunkt in einer konkreten, eine besondere Sicherungspflicht des Obhutspflichtigen auslösenden Bewegungs-, Transport oder sonstigen pflegerischen Maßnahme, an der das Pflegepersonal unmittelbar beteiligt war, befunden hat (vgl. OLG Hamm Beschl. v. 18.3.2015 – 3 U 20/14, BeckRS 2015, 14055 Rn. 11, beck-online). So liegt der Fall hier. Der Kläger befand sich aufgrund der Nachwirkungen der Narkose sowie der dadurch bedingten grundsätzlichen Sturzgefährdung in einer konkreten, eine besondere Sicherungspflicht des Personals der Beklagten auslösenden pflegerischen Maßnahme. An dieser war auch das Pflegepersonal unmittelbar beteiligt, da ein Patient nach Narkosen zwingend notwendig im Aufwachraum zu überwachen ist, der nach den Ausführungen des Sachverständigen nicht nur der rechtzeitigen Erkennung 70

und Behandlung von Komplikationen nach diagnostischen und therapeutischen Eingriffen unter Allgemein- oder Regionalanästhesie dient, sondern auch der Einleitung einer adäquaten Schmerztherapie, der Behandlung von Übelkeit und Erbrechen sowie von Störungen der Körpertemperatur.

Da das Risiko für die Beklagte voll beherrschbar war, streitet für den Kläger die Beweislastumkehr des § 630 h Abs. 1 BGB, wonach ein Fehler des Behandelnden vermutet wird, wenn sich 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.

71

Verwirklicht sich – wie hier in dem Sturz des Klägers ohne jegliche Schutzreflexe aufgrund der Nachwirkungen der Narkose – ein Risiko, das von der Behandlungsseite voll hätte beherrscht werden können und müssen, so muss sie darlegen und beweisen, dass sie alle erforderlichen organisatorischen und technischen Vorkehrungen ergriffen hatte, um das Risiko zu vermeiden (BGH NJW-RR 2016, 1360 Rn. 6, beck-online). Dies ist der Beklagten nicht gelungen. Vielmehr ist die Kammer davon überzeugt, dass die Beklagte nicht alles Erforderliche veranlasst hat, um das Sturzrisiko des Klägers zu vermeiden. Die Besetzung des Aufwachraums mit der Zeugin D1 und der Zeugin C1 ist zunächst nicht zu beanstanden. Auch ist es üblich, dass eine Pflegekraft einen Patienten aus der OP-Schleuse abholt. Wenn sich allerdings alle vorhandenen Pflegekräfte – hier sogar beide Zeuginnen, sei es auch aus Anlass des Anlernens – aus dem Aufwachraum entfernen, muss in diesem Zeitraum dennoch für den Schutz der Patienten im Aufwachraum – hier des Klägers – gesorgt sein. Die Kammer erkennt dabei nicht, dass eine Sicherung der Patienten im Aufwachraum heute leichter ist, da die Bettgitter an den heutigen Krankenhausbetten direkt mit angebracht sind. Ein Anbringen von Bettgittern war jedoch auch am 18.07.2017 möglich, da die Bettgitter ausweislich der zur Akte gereichten Lichtbilder in unmittelbarer Nähe im Vorraum hingen. Mit der organisatorischen Anweisung, Bettgitter nur zu benutzen, wenn Patientin unruhig sind, haben die insoweit obhutspflichtigen Anästhesisten vor dem Hintergrund, dass meistens nichts passiert, auf der anderen Seite aber ein Sturz jederzeit möglich ist, das Herausfallen des Klägers aus dem Bett in Kauf genommen und Risikobereitschaft gezeigt. Dies gilt insbesondere deshalb, weil der Sachverständige erläutert hat, dass es durchaus vorkomme, dass sich Patienten nach Knieoperationen im Bett umdrehen. Eine solche organisatorische Anweisung, Bettgitter nur bei unruhigen Patienten anzubringen, ist auch unter dem Gesichtspunkt der Freiheitsberaubung nicht zu erklären. Gegen eine kurzzeitige Sicherung eines grundsätzlich sturzgefährdeten Patienten, der offensichtlich schutzbedürftig ist, weil er nicht bei Bewusstsein und damit nicht „Herr seiner Sinne“ ist, bestehen rechtlich keinerlei Bedenken. Eine ausreichende Sicherung war auch nicht deshalb gegeben, weil das Bett auf niedrigster Stufe auf einer ungefähren Höhe von 40 cm stand. Denn in diesem Fall ist nach den Ausführungen des Sachverständigen immer noch eine orthopädische Fallhöhe gegeben, bei der es zu orthopädischen Schäden kommen kann. Unter Aufsicht der obhutspflichtigen Anästhesisten darf es auch nicht zu orthopädischen Schäden kommen, geschweige denn dazu, dass ein Patient der sich einer Knieoperation unterzieht, den Aufwachraum mit einer inkompletten Querschnittslähmung verlässt.

72

Die Kammer ist mit dem Sachverständigen auch mit der nach § 286 ZPO erforderlichen Gewissheit davon überzeugt, dass der Sturz bei Anbringung der Bettgitter verhindert worden wäre. In diesem Fall wäre der bewusstlose Kläger schlicht nicht aus dem Bett gerollt. Seine fehlenden Schutzreflexe zeigen auch, dass er nicht so wach war, dass er über die Bettgitter geklettert wäre. Für die Kausalität kommt es auf die Überlegung, was passiert wäre, wenn die zweite Pflegekraft im Aufwachraum geblieben wäre, nicht an. Der Sachverständige hat sogar

73

überzeugend ausgeführt, dass er der sicheren Überzeugung ist, dass der Sturz sogar dann verhindert worden wäre, weil die Patienten erst unruhig werden und schon ein Ansprechen in diesem Augenblick ausreicht, sie – ebenso wie beim Ausschleusen – jedenfalls so zu Bewusstsein zu bringen, dass sie wissen, wo sie sich befinden.

c) 74

Dem Kläger ist infolge des Behandlungsfehlers ein Schaden entstanden, sodass hinsichtlich des Schmerzensgeldantrags und der geltend gemachten materiellen Schäden sowie hinsichtlich der festgestellten Schadensersatzpflicht eine volle Haftung zugrunde gelegt werden kann. 75

Im Übrigen ist der Rechtsstreit der Höhe nach nicht entscheidungsreif, da die Einholung insbesondere eines neurologischen Sachverständigengutachtens erforderlich ist, um das Schadensausmaß zu beurteilen. Denn die Angaben des Klägers weichen von den Einschränkungen, die der Entlassungsberichts vom 03.04.2018 ausweist, ab. 76

II. 77

Die Kostenentscheidung bei der Schlussentscheidung vorzubehalten. 78