
Datum: 04.01.2012
Gericht: Landgericht Essen
Spruchkörper: 1. Zivilkammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 1 O 120/08
ECLI: ECLI:DE:LGE:2012:0104.1O120.08.00

Sachgebiet: Bürgerliches Recht

Tenor:

Die Beklagten zu 1) bis 3) werden verurteilt, gesamtschuldnerisch an den Kläger 200.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz, höchstens in Höhe von 8 Prozent, seit dem 01.01.2007 zu zahlen.

Die Beklagten zu 1) bis 3) werden weiter verurteilt, gesamtschuldnerisch an den Kläger 2.617,17 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz, höchstens in Höhe von 8 Prozent, seit dem 30.08.2008 zu zahlen.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 1) bis 3) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche aus der fehlerhaften Behandlung resultierenden materiellen Schäden sowie nicht vorhersehbare immaterielle Zukunftsschäden zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten des Klägers tragen die Beklagten zu 1) bis 3) zu 3/4. Der Kläger trägt die Gerichtskosten zu 1/4 und die gesamten außer-gerichtlichen Kosten des Beklagten zu 4). Im Übrigen findet eine Kostenerstattung nicht statt.

Tatbestand	1
Der Kläger macht gegen die Beklagten Ansprüche wegen fehlerhafter Behandlung am 19.04.2002 und 20.04.2002 im Rahmen eines stationären Aufenthalts im T in H geltend, deren Trägerin die Beklagten zu 1) ist.	2
Der 1955 geborene Kläger wurde am 19.04.2002 notfallmäßig mittels Rettungswagen in das T eingeliefert und dort stationär aufgenommen. Er beklagte Angstzustände und Schweißausbrüche sowie epigastrische Beschwerden und gab an, vor 25 Jahren ein Magengeschwür gehabt zu haben.	3
Am Aufnahmetag fanden neben einer Untersuchung des Abdomens zahlreiche weitere Untersuchungen statt, insbesondere ausführliche Laboruntersuchungen, die durchgängig unauffällig ausfielen. Den verschiedenen Werten war kein Hinweis auf eine Entzündung zu entnehmen. Ebenso unauffällig waren ein durchgeführtes EKG, die Körpertemperatur sowie der Blutdruck des Klägers. Eine sonographische Untersuchung des Bauchs und eine Röntgenaufnahme wurden nicht vorgenommen. Als Diagnose wurde der Verdacht auf eine Gastritis und/oder Ulcus gestellt und der Kläger erhielt eine Infusion und Schmerzmittel.	4
Die Schmerzmittelgaben wurden im weiteren Verlauf wiederholt. Eine ärztliche Untersuchung fand nicht statt.	5
Am Morgen des 20.04.2002 notierte der Pflegedienst „Pat. gibt weiterhin starke Oberbauchbeschwerden an. Doc informiert“. Um 8.29 Uhr wurde ein EKG angefertigt, das eine Herzfrequenz von 120 Schlägen / Minute zeigte. Gegen Mittag wurden Röntgenaufnahmen des Bauches erstellt und gegen 12.54 Uhr erneut Blut zur laborchemischen Untersuchung eingereicht. Zudem wurde mit der Dringlichkeitsstufe „normal“ ein chirurgisches Konsil angefordert. Der chirurgische Konsiliar, der Beklagte zu 4), stellte zwischen 13.00 Uhr und 13.30 Uhr den Befund „gespanntes Abdomen mit Abwehrspannung diffus (...). Sonographisch freie Flüssigkeit im Abdomen (...). Laborchemisch von gestern o.B.“ und die Diagnose „Subileus, DD Magenperforation (gedeckt)“. Er ordnete eine erneute Abdomenröntgenaufnahme für den Abend an. Die Ergebnisse der neuen Laboruntersuchung zeigten eine Verschlechterung der Werte, insbesondere einen CRP-Wert von 32. Die Gastroskopie, die ein Internist laut Geräteanzeige um 13.49 Uhr durchführte, bestätigte dann die schon vermutete Ulcusperforation. Daraufhin wurde die Operation des Klägers in die Wege geleitet, wobei der Beklagte zu 4) an der zeitlichen und technischen Koordination der Operation nicht beteiligt war. Die Operation wurde von Dr. N durchgeführt und begann um ca. 16.30 Uhr. Nach Eröffnung des Bauchraumes zeigte sich ein perforiertes Ulcus ventriculi mit 4-Quadrantenperitonitis. Die Operation an sich verlief komplikationslos. Es wurde eine Magenulcusexzision mit Übernähung durchgeführt, eine Adhäsiole mit Fibrinentfernung, eine Lavage, eine Darmdekompression und eine Dünndarmlagerung.	6
Die OP-Anästhesie wurde von der Beklagten zu 2) und der Beklagten zu 3), der zuständigen Oberärztin, durchgeführt. Nach der Operation wurde der Kläger noch im Operationssaal in Abwesenheit der Beklagten zu 3) von der Beklagten zu 2) extubiert. Nach der Ausschleusung, bei der die Beklagte zu 3) wieder zugegen war, wurde der Kläger von der	7

- Beklagten zu 2) und zwei Krankenschwestern auf die Intensivstation verlegt. Während des Transports standen ein Ambo-Beutel und eine Maske als Beatmungsmöglichkeiten zur Verfügung, aber kein Monitor zur Erfassung von Vitalparametern. Auf der Intensivstation kam es in der ersten halben Stunde nach Operationsende zu einem Kreislaufzusammenbruch des Klägers mit Atem- und Herzstillstand, so dass eine Reanimation erforderlich wurde. Dabei musste blutschaumiges Sekret abgesaugt werden.
- Der Kläger erlitt einen hypoxischen Hirnschaden. Er ist dauerhaft zu 100 % schwerbehindert, erwerbsunfähig und pflegebedürftig. Es bestehen motorische Einschränkungen beider Hände, eine Bewegungseinschränkung der linken Schulter, eine Peronäusparesis rechts, eine Wahrnehmungs- und Orientierungsstörung, eine Sehminderung und eine labile Stimmungslage. Der Kläger benötigt Hilfe bei der alltäglichen Versorgung und kann das Haus nicht alleine verlassen. Er kann auch nicht Radio hören oder lesen. 8
- Mit anwaltlichem Schreiben vom 12.12.2006 forderte der Kläger die Beklagten zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 200.000,00 € bis zum 31.12.2006 auf. 9
- Der Kläger wirft den Beklagten mehrere grobe Behandlungsfehler vor. 10
- Zunächst sei es bei der Aufnahme am 19.04.2002 fehlerhaft unterlassen worden, Röntgenaufnahmen und sonographische Aufnahmen anzufertigen. 11
- Spätestens am Abend des 19.04.2002 hätten weitere Untersuchungen – klinische Befundkontrolle des Abdomens, Röntgenaufnahme, Laborkontrolle, chirurgische Konsiliaruntersuchung, Gastroskopie – durchgeführt werden müssen. 12
- In der Nacht habe sich der Zustand des Klägers deutlich verschlechtert, worauf seine Ehefrau wiederholt hingewiesen habe, ohne dass darauf durch eine ärztliche Untersuchung reagiert worden sei. Spätestens in der Nacht müsse die Ulcusperforation erfolgt sein und die Peritonitis begonnen haben, da die Laborwerte des nächsten Tages eine drastische Verschlechterung der Entzündungswerte gezeigt hätten. Am Morgen des 20.04.2002 habe sich der Kläger vor Schmerzen in Fötusstellung gekrümmt. Spätestens zu diesem Zeitpunkt seien die Beschwerden so evident gewesen, dass ein unverzügliches Handeln habe erfolgen müssen, und zwar eine notfallmäßige Laparotomie oder jedenfalls eine Gastroskopie. Die Indikation für die Operation hätte so schon wesentlich früher gestellt werden müssen. Stattdessen sei es zu zeitlichen Verzögerungen gekommen. Auch der Beklagte zu 4) habe fälschlich keinen notfallmäßigen Handlungsbedarf gesehen. Sogar noch nach der ohnehin zu spät erfolgten Gastroskopie habe es zu lange gedauert, bis die Operation erfolgt sei. 13
- Bei einer frühzeitigeren Operation wäre es mit sehr großer Wahrscheinlichkeit nicht zu den Komplikationen des Atem- und Herzstillstandes gekommen. Der Grund für diese Komplikationen sei ein durch die zu späte Operation bedingtes toxisches Lungenödem gewesen, das eine Folge der im Operationszeitpunkt schon fortgeschrittenen Peritonitis gewesen sei. 14
- Überdies sei der Kläger nach der Operation zu früh extubiert worden. Hätten die verantwortlichen Beklagten zu 2) und zu 3) den Kläger nicht zu früh extubiert, hätte dieser weiter beatmet werden können. Dann wäre es mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einem Sauerstoffmangel durch Atem- und Herzstillstand und zu den weiteren schwersten Komplikationen gekommen. 15

Zum Ausgleich seiner Schäden hält der Kläger ein Schmerzensgeld von 200.000,00 € für angemessen. Daneben macht er die Kosten zweier Privatgutachten in Höhe von 2.617,17 € geltend.

Der Kläger beantragt,

17

- 1. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 200.000,00 € nebst 8 % Zinsen seit dem 01.01.2007, 189
- 2. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an ihn weitere 2.617,17 € nebst 8 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen, 20
- 3. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm sämtliche materiellen Schäden und sämtliche weiteren zukünftigen immateriellen Schäden, die ihm aus der dortigen fehlerhaften Behandlung entstanden sind, derzeit entstehen oder in Zukunft entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden. 21

Die Beklagten beantragen,

22

die Klage abzuweisen.

23

Die Beklagten bestreiten einen Behandlungsfehler. Aufgrund der unauffälligen Laborwerte habe es keine Veranlassung für weitere diagnostische Maßnahmen noch am Abend des Aufnahmetages gegeben. Es wäre vielmehr fehlerhaft gewesen, vor dem Hintergrund der Werte zu diesem Zeitpunkt von einem Entzündungsgeschehen auszugehen.

24

Zudem hätte eine Befunderhebung am Aufnahmetag keinen reaktionspflichtigen Befund erbracht. Eine direkt nach der Aufnahme durchgeführte Sonographie des Abdomens hätte aufgrund der Nahrungsaufnahme des Klägers und des Verdauungsvorgangs keinen Erkenntniswert gehabt. Auch von einer in den Abendstunden des Aufnahmetages durchgeführten Sonographie sei kein pathologischer Befund zu erwarten gewesen. Die Ausdehnung der Peritonitis im Operationszeitpunkt sei kein zwingendes Argument dafür, dass die Ulcusperforation mit anschließender Peritonitis schon am Nachmittag des 19.04.2002 oder in der Nacht zum 20.04.2002 eingetreten sein müsse. Vielmehr sei die Peritonitis erst in den Morgenstunden des 20.04.2002 entstanden, weil es sonst zu einer generalisierten Sepsis mit Multiorganversagen gekommen wäre und die intraoperativ festgestellten Fibrinbeläge nicht so frisch gewesen wären.

25

Keinesfalls könne – vor allem angesichts der unauffälligen Laborwerte und des unauffälligen klinischen Befundes – ein grober Behandlungsfehler wegen unterlassener Befunderhebung festgestellt werden. Selbst wenn man einen (einfachen) Befunderhebungsfehler annähme, läge keine hinreichende Wahrscheinlichkeit für einen reaktionspflichtigen Befund vor.

26

Ebenso habe man nach der Gastroskopie noch die weitere Entwicklung abwarten dürfen. Die zwei Stunden zwischen der Magenspiegelung und der Operation seien nicht zu lang gewesen, zumal die Operation einer gewissen Vorbereitung, insbesondere der Beschaffung von Blutkonserven, bedurft habe. Es sei auch bis zum Operationsbeginn keine weitere

27

Verschlechterung des Zustands des Klägers eingetreten.

Auch die Extubation nach der Operation sei nicht fehlerhaft erfolgt. Der Kläger sei nach der komplikationslos und erfolgreich verlaufenden Operation stabil gewesen und habe keinerlei Auffälligkeiten gezeigt. Nach der Extubation habe er selbständig geatmet und die erforderlichen Reflexe gezeigt. Er habe zwei Liter Sauerstoff über eine Sonde appliziert bekommen und bei der Verlegung auf die Intensivstation unter lückenloser Überwachung durch die Beklagte zu 2) gestanden, die jederzeit eine

28

Beatmung hätte vornehmen können. Ein allgemeiner klinischer Standard, jeden Patienten während des Transportes unter Kontrolle der Vitalparameter und Sauerstoffinsufflation zu überwachen, habe im Behandlungszeitpunkt nicht bestanden. In Häusern der Grund- und Regelversorgung, wie dem Krankenhaus der Beklagten zu 1), hätten mobile Sättigungsmessungen im Behandlungszeitpunkt überhaupt noch nicht flächendeckend zur Verfügung gestanden. Erst nach abgeschlossener Verlegung auf die Intensivstation mit stabiler Lage des Klägers und Anschluss an die Geräte sei es dann – also unter intensivmedizinischer Beobachtung – zu dem Kreislaufzusammenbruch gekommen.

29

Letztlich sei jedenfalls keine Kausalität zwischen dem Atem- und Herzstillstand und dem vermeintlich zu späten Zeitpunkt der Operation bzw. der zu weit fortgeschrittenen Peritonitis gegeben. Wenn ein Lungenödem vorgelegen hätte und Folge der Peritonitis gewesen wäre, hätte sich eine septische Lunge zeigen müssen, was aber nicht der Fall gewesen sei, wie die relativ schnelle Reaktivierung der Atmung zeige. Vielmehr habe sich ein immanentes Operations- und Narkoserisiko verwirklicht.

30

Das Gericht hat die Beklagte zu 2) angehört und Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeuginnen P, E und I sowie durch Einholung eines internistischen, eines chirurgischen und eines anästhesiologischen Sachverständigengutachtens gemäß Beweisbeschluss vom 01.12.2008 (Bl. 285 ff. d.A.) und Anhörung der Sachverständigen. Wegen der Ergebnisse wird auf das internistische Sachverständigengutachten von Prof. Dr. I1 vom 23.10.2009 (Bl. 384 ff. d.A.), das chirurgische Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Q vom 26.01.2011 (Bl. 509 ff. d.A.) und das anästhesiologische Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Q1 vom 31.01.2011 (Bl. 554 ff. d.A.) sowie auf die Sitzungsprotokolle vom 11.07.2011 (Bl. 675 ff. d.A.) und vom 16.11.2011 (Bl. 759 ff. d.A.) verwiesen.

31

Entscheidungsgründe

32

Die zulässige Klage ist gegen die Beklagten zu 1) bis 3) abgesehen von einem Teil der Zinsforderung begründet, gegen den Beklagten zu 4) dagegen unbegründet.

33

Der Kläger hat gegen die Beklagten zu 1) bis 3) gem. §§ 280 Abs. 1, 611, 253 Abs. 1, 2 BGB bzw. §§ 823 Abs. 1, 253 Abs. 1, 2 BGB einen Anspruch auf Schmerzensgeld in Höhe von 200.000,00 Euro.

34

Nach den überzeugenden und für die Kammer nachvollziehbaren Feststellungen der drei Sachverständigen liegen ein internistischer und ein anästhesiologischer Behandlungsfehler vor, die eine Haftung der Beklagten zu 1) und der Beklagten zu 2) und 3) begründen.

35

Die drei Sachverständigen haben die für die Entscheidung des Rechtsstreits maßgeblichen Fragen in ihren schriftlichen Gutachten und im Rahmen ihrer Anhörung ausführlich und eindeutig beantwortet. An ihrer Kompetenz und Objektivität bestehen keine Zweifel.

36

Was die internistische Behandlung angeht, hätten spätestens am Morgen des 20.04. eine ärztliche Untersuchung und weitere diagnostische Maßnahmen vorgenommen werden müssen, da der Kläger an einem unklaren Abdomen mit Beschwerdepersistenz litt. Am Ende der Diagnostik hätte die Indikation zur Operation gestellt werden müssen. Diese hätte dann am späten Vormittag des 20.04. stattfinden können und müssen.

Dass der Kläger am Morgen des 20.04. an persistierenden Oberbauchbeschwerden litt, wurde vom Pflegepersonal dokumentiert, das aus diesem Grund auch den Arzt informierte. Nach der glaubhaften Schilderung der Zeugin P war sogar eine Steigerung der Beschwerden eingetreten, und zwar derart, dass sich der Kläger mit kreidebleichem Gesicht und blauen Lippen auf dem Bett in Fötusstellung krümmte. Sowohl der internistische als auch der chirurgische Sachverständige haben in ihrer jeweiligen Anhörung erklärt, dass die Schilderung der Zeugin angesichts der spätere vorliegenden Laborwerte nachvollziehbar sei, weil insbesondere der hochpathologische CRP-Wert nicht augenblicklich aufgetreten sein könne, sondern Zeit gebraucht habe, um sich zu entwickeln. Der chirurgische Sachverständige hat ergänzt, dass der am Mittag vom chirurgischen Konsiliar festgestellte klinische Befund – akutes Abdomen mit Abwehrspannung – darauf schließen lasse, dass bereits am Morgen eine Abwehrspannung vorgelegen habe. Zudem sei das Ulcus am Morgen des 20.04. wahrscheinlich schon perforiert gewesen. Die Perforation sei wahrscheinlich in der Nacht vom 19.04. auf den 20.04. bzw. in den frühen Morgenstunden des 20.04. eingetreten. Zur Begründung hat der Sachverständige auf den intraoperativen Befund verwiesen, dass Fibrinbeläge trotz der geringen Perforationsstelle in allen vier Quadranten bestanden hätten, sich aber noch leicht hätten beseitigen lassen. Dieser Befund mache es wahrscheinlich, dass die Perforation im Zeitpunkt der Operation jünger als 24 Stunden, aber älter als 12 Stunden gewesen sei. Dass der Kläger nach dem Aufklärungsbogen um 8.30h eine halbe Schnitte Brot gegessen haben soll, hat der chirurgische Sachverständige nicht als unvereinbar mit dem Vorliegen eines perforierten Ulcus angesehen.

38

Der chirurgische Sachverständige hat weiter ausgeführt, dass wegen der persistierenden starken Schmerzen des Klägers schon in der Nacht, spätestens am nächsten Morgen, als das Pflegepersonal erneut den Arzt informiert habe, eine klinische Befundkontrolle erforderlich gewesen sei, bei der ein akutes Abdomen festgestellt worden wäre. Zudem hätten spätestens am Morgen des 20.04. eine Sonographie und eine neue, und zwar notfallmäßige, Laboruntersuchung durchgeführt werden müssen. Bei der Laboruntersuchung hätten sich schon deutlich erhöhte Werte und bei der Sonographie freie Flüssigkeit als Zeichen der Perforation ergeben. Diese Ergebnisse hätten entweder unmittelbar zur OP-Indikation oder zunächst noch zu weiterer Diagnostik – CT oder Gastroskopie – geführt. Letztere hätte zeitnah durchgeführt werden müssen und die Perforation gezeigt und damit die OP-Indikation begründet. Die Indikation zur sofortigen Operation hätte trotz etwaiger Forderungen der Anästhesisten nach Blutkonserven – notfalls durch Verlegung in ein anderes Krankenhaus – umgesetzt werden müssen, zumal keine Anzeichen für einen Blutverlust bestanden hätten. Die Operation hätte spätestens um 10.30h beginnen können und müssen.

39

Im Rahmen seiner Anhörung ist letztlich auch der internistische Sachverständige zu dem Ergebnis gekommen, dass bei einem klinischen Bild heftiger Bauchschmerzen am Vormittag des 20.04. ein chirurgisches Konsil und bildgebende Maßnahmen wie eine Sonographie erforderlich gewesen seien. Davon, dass ein solches klinisches Bild vorgelegen hat, ist das Gericht, wie zuvor ausgeführt, aufgrund der Aussage der Zeugin P überzeugt, die von den Ausführungen des internistischen und des chirurgischen Sachverständigen gestützt wird.

40

Was die Kausalität der mithin festzustellenden unterlassenen Befunderhebung am Morgen des 20.04. für die vom Kläger erlittenen Schäden angeht, kommt dem Kläger eine Beweiserleichterung zugute.	41
Die Verletzung der Befunderhebungspflicht führt nach ständiger Rechtsprechung zu einer Kausalitätsvermutung zugunsten des geschädigten Patienten, wenn die unterlassene Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen so deutlichen und gravierenden Befund erbracht hätte, dass seine Verkennung oder die Nicht-Reaktion darauf grob fehlerhaft gewesen wäre (st. Rspr., vgl. etwa BGH, NJW 1999, 3408, 3410 m.w.N.). Als hinreichende Wahrscheinlichkeit ist dabei eine überwiegende Wahrscheinlichkeit anzusehen, d.h. eine Wahrscheinlichkeit von mindestens 50 % (OLG Köln, VersR 2004, 247; OLG München, MedR 2007, 361; OLG Hamm, Urteil vom 17.05.2010, Az. 3 U 132/09).	42
Dass die gebotene Befunderhebung am Morgen des 20.04. reaktionspflichtige Befunde ergeben hätte, hat der chirurgische Sachverständige ausdrücklich festgestellt. Welche dies gewesen wären, ist zuvor bereits näher erläutert worden. Die Nicht-Reaktion darauf wäre auch grob fehlerhaft gewesen. Der chirurgische Sachverständige hat ausgeführt, dass die Nicht-Reaktion auf die zu erwartenden Befunde unverständlich gewesen wäre.	43
Im Übrigen haben es sowohl der chirurgische als auch der anästhesiologische Sachverständige sogar für wahrscheinlich gehalten, dass die verzögerte Diagnostik und Operation zu dem komplikationsreichen weiteren Verlauf und damit zu den Schäden des Klägers geführt haben.	44
Zur Begründung hat der chirurgische Sachverständige erklärt, dass sich bei einer früheren Operation keine so starke systemische Reaktion entwickelt hätte. Der anästhesiologische Sachverständige hat ausgeführt, dass der Krankheitsverlauf nach der Extubation in weniger fortgeschrittenem Krankheitsstadium, d.h. bei frühzeitigerer Operation, wahrscheinlich weit weniger fulminant verlaufen wäre und der Kläger die Intensivstation ohne Sauerstoffmangel erreicht hätte. Seinen Ausführungen lässt sich die Begründung entnehmen, dass der Blutdruck- und Herzfrequenzabfall, auf dem der Sauerstoffmangel und die Hirnschädigung beruhen würden, Folge einer oxygenatorischen Störung infolge eines Lungenödems seien. Für eine kardiologische Ursache gebe es dagegen keinen Anhaltspunkt. Dass sich das Lungenödem in so kurzer Zeit so erheblich ausgeprägt habe, sei nur durch das Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren mit einer Kapillarpermeabilitätssteigerung erklärbar, welche auf die inzwischen ausgeprägte 4-Quadranten-Peritonitis und die durchgeführten Operationsschritte zurückzuführen sei. Ein Permeabilitätsödem sei entgegen der Behauptung der Beklagten nicht deswegen ausgeschlossen, weil es beim Kläger vor der Bradykardie nicht zu Atem-Rassel-Geräuschen und einer Pulsbeschleunigung gekommen sei.	45
Neben der internistischen war auch die anästhesiologische Behandlung des Klägers fehlerhaft. Der Kläger hätte nach der Extubation auf dem Transport zur Intensivstation per Monitor überwacht werden müssen. Neben der Beklagten zu 1) trifft dieser Behandlungsfehlervorwurf die Beklagte zu 2) persönlich, die die Extubation und den Transport zur Intensivstation durchgeführt hat. Er trifft zudem auch die Beklagte zu 3), die als Oberärztin bei der Ausschleusung keine entsprechenden Anordnungen für den Transport gegeben hat.	46
Der anästhesiologische Sachverständige ist zunächst zu dem Ergebnis gekommen, dass die Extubation des Klägers zwar mit Risiken verbunden, aber an sich vertretbar gewesen sei. Indes sei es notwendig gewesen, die Vitalparameter des Klägers auf dem Transport zur	47

Intensivstation zu überwachen. Die Notwendigkeit zum Monitoring habe sich daraus ergeben, dass der Kläger ein Risikopatient gewesen sei, da er sich schon vor der Operation ausweislich des hohen CRP-Werts in einem kritischen Zustand befunden habe und intraoperativ eine 4-Quadranten-Peritonitis festgestellt worden sei. In der Phase des Transports seien Risikopatienten wegen der Umlagerungen und Effekte fortwirkender Medikamente besonders gefährdet. Risikopatienten auf dem Weg vom Operationssaal zur Intensivstation mittels Monitoring zu überwachen, habe entgegen der Behauptung der Beklagten schon im Behandlungszeitpunkt zum fachärztlichen Standard gehört.

Hinsichtlich der Kausalität zwischen der unterlassenen Befunderhebung mittels Monitoring und den vom Kläger erlittenen Schäden greift zugunsten des Klägers wiederum eine Vermutung nach den zuvor genannten Grundsätzen ein. Der anästhesiologische Sachverständige hat erklärt, dass es angesichts des späteren Verlaufs mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % auf dem Transport zu einer Sauerstoffunterversorgung des Klägers gekommen sei, die durch eine technische Überwachung der Sauerstoffsättigung festgestellt worden wäre. In diesem Fall wäre eine Reaktion durch Steigerung der Sauerstoffzufuhr, Maskenbeatmung oder Intubation möglich gewesen und die Hypoxämie vermieden worden. Das Unterlassen einer Reaktion auf die verminderte Sauerstoffsättigung wäre grob fehlerhaft gewesen. 48

Der Sachverständige hat auf die Einwendungen der Beklagten hin ausgeführt, dass die Sauerstoffunterversorgung auf dem Transport nicht deswegen ausgeschlossen sei, weil dem Kläger nach dem Vortrag der Beklagten 2 Liter Sauerstoff per Sonde appliziert und auf der Intensivstation anfänglich normale Werte gemessen worden seien. Auf der Intensivstation werde Patienten als eine der ersten Maßnahmen eine Maske mit maximaler Sauerstoffzuführung aufgesetzt, die anfänglich normale Werte bewirken könne. Der Rückschluss von dem weiteren Verlauf auf die Sauerstoffunterversorgung während des Transports stehe auch nicht zu der kurzen Dauer der Verlegung in Widerspruch. Vom Abhängen vom Monitor bis zum vollständigen Anhängen an den Monitor dauere es schon 10 Minuten, zu denen noch die Zeit des Transports hinzukomme. Eine Hypoxie könne ein erwachsener Mensch aber nur 2 bis 3 Minuten tolerieren. 49

In Bezug auf den als chirurgischen Konsiliar tätig gewordenen Beklagten zu 4) vermag die Kammer dagegen keinen Behandlungsfehler festzustellen, der für den Behandlungsverlauf ursächlich geworden ist. 50

Nach den Ausführungen des chirurgischen Sachverständigen war es vertretbar, dass der chirurgische Konsiliar, der nur die Akte und den von ihm erhobenen klinischen Befund des Patienten kannte, keine sofortige OP-Indikation stellte, sondern weitere diagnostische Maßnahmen empfahl, um abzuklären, ob ein Subileus oder eine Ulcusperforation vorlag. Die vom Beklagten zu 4) angeordnete Abdomenröntgenaufnahme am Abend hat der Sachverständige jedoch als unsinnig bezeichnet. Zudem hätte der Beklagte zu 4) nach den Ausführungen des Sachverständigen eine neue Laboruntersuchung anordnen müssen, wenn und weil ihm nur die Laborwerte vom Vortag vorlagen. 51

Die fehlerhafte Entscheidung des Beklagten zu 4) ist jedoch ohne Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf geblieben. Denn eine der laut Sachverständigem vertretbaren diagnostischen Maßnahmen, nämlich die Gastroskopie, wurde kurz nach dem chirurgischen Konsil ohnehin durchgeführt. Aktuelle Laborwerte waren ebenfalls schon von anderer Seite in Auftrag gegeben worden. 52

Hinsichtlich der Vorbereitung der Operation, die der Kläger als zu langsam kritisiert hat, kann dem Beklagten zu 4) schließlich kein Vorwurf gemacht werden. Nach dem unbestrittenen Vortrag der Beklagten war der Beklagte zu 4) für die zeitliche und technische Koordination der Operation nicht verantwortlich.

Zum Ausgleich der vom Kläger erlittenen Schäden hält die Kammer ein Schmerzensgeld von 200.000,- € für angemessen. Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes hat sich die Kammer von der Erwägung leiten lassen, dass dem Kläger sowohl körperlich als auch geistig ein schwerer Dauerschaden entstanden ist. Durch diesen ist der Kläger im Alter von nur 47 Jahren aus seinem Leben gerissen und ihm die Möglichkeit genommen worden, weiter ein normales, selbst gestaltetes Leben zu führen und seine Persönlichkeit zu entfalten. Die geistigen Fähigkeiten des Klägers sind auch nicht so weit eingeschränkt, dass er diesen Verlust nicht mehr wahrnehmen würde. 54

Der auf den Betrag des Schmerzensgeldes entfallende Zinsanspruch des Klägers ergibt sich aus §§ 280 Abs. 1, 2, 286, 288 Abs. 1 BGB. Die Beklagten sind durch das Schreiben des Klägers vom 12.12.2006, in dem eine Mahnung i.S.d. § 286 Abs. 1 S. 1 BGB enthalten ist, am 01.01.2007 in Verzug geraten. Der von den Beklagten geschuldete Zinssatz beträgt allerdings gem. § 288 Abs. 1 BGB nicht 8 Prozent, sondern nur 5 Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz. Eine Zinsforderung in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz kommt gem. § 288 Abs. 2 BGB nur bei Entgeltforderungen in Betracht. Schadensersatzansprüche, wie der Anspruch auf Schmerzensgeld, sind keine Entgeltforderungen (Palandt, 71. Auflage 2012, § 288 Rn. 8 i.V.m. § 286 Rn. 27). 55

Neben dem Schmerzensgeldantrag war auch dem Antrag zu 2) stattzugeben. Der Kläger hat gem. §§ 280 Abs. 1, 611, 249 BGB bzw. §§ 823 Abs. 1, 249 BGB einen Anspruch auf Ersatz der Kosten für die Privatgutachten, die er vorprozessual eingeholt hat. Dabei handelt es sich um ersatzfähige Kosten der Schadens- feststellung, die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendig waren. Dass die Einholung zweier Privatgutachten trotz der zu erwartenden Einholung weiterer Gutachten durch das Gericht zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendig war, ergibt sich im vorliegenden Fall daraus, dass der Kläger einen Schwerstschaden erlitten hat, dessen Beurteilung ihm nur mithilfe von ärztlichem Sachverstand möglich war. 56

Der Zinsanspruch folgt aus §§ 291, 288 Abs. 1 BGB. Zur Zinshöhe gelten die obigen Ausführungen entsprechend. 57

Schließlich war auch dem Feststellungsantrag des Klägers vollumfänglich stattzugeben. Es erscheint angesichts des Dauerschadens nicht unwahrscheinlich, dass bei dem Kläger in Zukunft weitere Beschwerden und Einschränkungen auftreten können, die auf die streitgegenständliche Behandlung zurückzuführen sind. 58

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91, 92, 709 ZPO. 59