
Datum: 10.01.2017
Gericht: Landgericht Köln
Spruchkörper: 3. Zivilkammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 O 272/10
ECLI: ECLI:DE:LGK:2017:0110.3O272.10.00

Tenor:

1. Die Beklagte zu 1), die Beklagte zu 2) und der Beklagte zu 5) werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 75.000,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 06.02.2009 zu zahlen.
2. Die Beklagte zu 1), die Beklagte zu 2) und der Beklagte zu 5) werden ferner als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin wegen der fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung zwischen dem 26.04. und dem 29.04.2007 2.887,65 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 1.848,00 seit dem 31.07.2009, aus 898,00 EUR seit dem 13.03.2010 sowie aus den verbleibenden 141,65 EUR seit dem 25.08.2010 zu zahlen.
3. Es wird festgestellt, dass die Beklagte zu 1), die Beklagte zu 2) und der Beklagte zu 5) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche künftigen immateriellen sowie alle weiteren vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die ihr aus der o.g. fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Gerichtskosten sowie die außergerichtlichen Kosten der Klägerin tragen die Klägerin zu 3/5 und die Beklagten zu 1), zu 2) und zu 5) als Gesamtschuldner zu 2/5. Die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 1), zu 2) und zu 5) trägt die Klägerin zu

1/3; die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 3) und zu 4) trägt die Klägerin ganz. Im Übrigen haben die Parteien ihre außergerichtlichen Kosten selbst zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages vollstreckbar.

Tatbestand:

- Die 1951 geborene Klägerin macht gegenüber den Beklagten Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld aus dem Gesichtspunkt der Arzthaftung nach einem stationären Aufenthalt mit zwei Operationen im Krankenhaus C, dessen Trägerin die Beklagte zu 1) ist, geltend. 2
- Die Beklagte zu 2) war zumindest im Zeitpunkt der Behandlung Oberärztin im Krankenhaus C, der Beklagte zu 5) der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses C. Die Beklagten zu 3) und 4) waren zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin in vorgenanntem Krankenhaus als Assistenzarzt bzw. Facharzt tätig. 3
- Am 17.04.2007 abends stellte sich die Klägerin mit Bauchschmerzen in der Ambulanz des Krankenhauses C vor. Nachdem sich ihre Beschwerden nach der Gabe von Medikamenten (Buscopan und Novalgin) verbesserten, wurde sie wieder entlassen. In der Nacht verschlimmerten sich die Beschwerden der Klägerin wieder, so dass am 18.04.2007 morgens eine erneute Vorstellung erfolgte. Es wurde eine Computertomographie (CT) des Abdomens durchgeführt. Noch am Abend desselben Tages wurde die Klägerin in der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses C wegen eines diagnostizierten Darmverschlusses (Ileus) im Wege einer Laparotomie operiert und eine vollständige Adhäsiolese durchgeführt. Dabei zeigten sich im Oberbauch wenige Verwachsungen, im Unterbauch allerdings ein „Verwachsungskonglomerat“. 4
- Nach der Operation stellte sich nach Aufnahme von Nahrung bei der Klägerin umgehend ein Druck- bzw. Völlegefühl im Oberbauch ein. Dies äußerte sie mehrfach gegenüber dem Beklagten zu 3). 5
- Am 19.04.2007 wurde die präoperativ gelegte Magensonde entfernt. Die ärztlich in den Folgetagen vorgenommenen oder nicht vorgenommenen Untersuchungen sind im Einzelnen zwischen den Parteien streitig. Ein Versuch des Beklagten zu 3) am 25.04.2007, erneut eine Magensonde zu legen, scheiterte wegen der heftigen Übelkeit der Klägerin. 6
- Am 27.04.2007 stellte der Beklagte zu 5) bei der Visite fest, dass die Klägerin dehydriert war, und forderte diese auf zu trinken. 7
- Am 29.04.2007 wurde ein weiteres CT des Abdomen mit Kontrastmittel durchgeführt, bei dem ein erneuter Darmverschluss im Oberbauch festgestellt wurde. Daraufhin wurde durch die Beklagte zu 2) notfallmäßig eine Revisionsoperation durchgeführt, bei der der erneute Darmverschluss beseitigt wurde. Im Rahmen dieser Operation wurden ein großer Teil des Dünndarms der Klägerin entfernt und zwei künstliche Darmausgänge angelegt. 8
- Am 21.05.2007 erfolgte eine erneute Operation der Klägerin, bei der ein Portkatheter zur parenteralen Ernährung angelegt wurde. 9

Nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus C befand sich die Klägerin vom 29.05. bis 01.08.2007 in einer stationären Reha-Maßnahme in der Q-Klinik in O.

Am 11.08.2007 wurde die Klägerin in das Z-Krankenhaus Köln, aufgenommen, wo am 15.08.2007 eine erneute Operation mit Stomarückverlegung stattfand. 11

Vom 25.02. bis 22.03.2008 befand sich die Klägerin wegen postoperativer Anämie, einer Inaktivitätsosteoporose und eines – behaupteten – Kurzdarmsyndroms erneut in einer stationären Reha-Maßnahme in der Q-Klinik. 12

Weil die Beklagten bereits eine Haftung dem Grunde nach nicht anerkannten, holte die Klägerin außergerichtlich zwei ärztliche Fachgutachten ein (Dr. J, Dr. R), deren Kosten in Höhe von insgesamt 2.746,40 EUR sie (neben Kopierkosten in Höhe von 141,25 EUR) mit dem Klageantrag zu 2) geltend macht. Mit Schreiben ihrer Prozessbevollmächtigten vom 17.01.2009 und vom 10.02.2010 machte die Klägerin gegen die Beklagten außergerichtlich erfolglos Schmerzensgeld geltend. 13

Die Klägerin behauptet, dass trotz des – unstreitigen – Umstandes, dass sie nach der ersten Operation vom 18.04.2007 unter heftigem Druck- bzw. Völlegefühl im Oberbauch gelitten und sich regelmäßig heftig übergeben habe, bis zum 29.04.2007 durch die Beklagten keine weitere Diagnostik erfolgt sei. Dies sei grob fehlerhaft, insbesondere die Erholung der Darmtätigkeit binnen 24 bis 36 Stunden hätte überwacht werden müssen. Weitere Befunde seien fehlerhaft nicht erhoben worden. Spätestens am 23.04.2007 hätte Veranlassung zu weiterer Diagnostik und ggf. operativer Revision bestanden. Durch die fehlerhafte postoperative Betreuung sei es zu einem Verkleben der Wundflächen im Bauchraum mit benachbarten Darmteilen bzw. der Bauchwand gekommen. 14

Auch die am 29.04.2007 durchgeführte Revisionsoperation sei fehlerhaft erfolgt. Die ausgedehnte Darmresektion sei vermeidbar gewesen, Handlungsalternativen seien jedoch nicht erwogen worden. Ein erfahrener Operateur sei erst hinzugezogen worden, als es bereits zu massiven Verletzungen der Darmwand und Beschädigungen der Dickdarmblutgefäße gekommen gewesen sei. Überdies sei die Klägerin vor der Operation nicht hinreichend aufgeklärt worden, vor allem nicht über die Gefahr einer Darmresektion. 15

Ferner behauptet die Klägerin, dass sie erst seit 01.10.2008 wieder arbeitsfähig und nunmehr mit einem GdB von 50 % als schwerbehindert anerkannt sei. Sie beziehe seit dem 01.01.2015 behandlungsfehlerbedingt Altersrente, was einen monatlichen Differenzbetrag zum Nettoeinkommen von rund 1.500,00 EUR ausmache. Weil nur noch ca. 150 cm, d.h. weit weniger als 50 %, Dünndarm vorhanden sei, leide sie unter einem sog. Kurzdarmsyndrom, das zu Verdauungsschwierigkeiten wie Aufstoßen, Blähungen, ständigem Wechsel zwischen Verstopfung und Durchfall, Knochenschmerzen sowie der Notwendigkeit lebenslanger Substitution des Vitamins B12 und damit zu einer insgesamt deutlich verminderten körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit führe. Ferner leide sie unter psychischen Beeinträchtigungen. Im gesamten Bauchbereich sei sie durch große wulstige rote Narben mit Keloidbildung „verunstaltet“ und habe eine Narbenhernie erlitten. Sie leide zudem immer wieder unter ziehenden und stechenden Narbenschmerzen. Nach der zweiten Operation vom 29.04.2007 sei es ferner zu Komplikationen im Zusammenhang mit der Anlage eines Portkatheters unterhalb der linken Schulter am 21.05.2007 gekommen. 16

Die Klägerin beantragt mit der am 24.08.2010 zugestellten Klage sinngemäß, 17

18

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld aus der fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung zwischen dem 17.04. und dem 29.04.2007 zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 150.000,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz, aus 75.000,00 EUR seit dem 06.02.2009 und aus den verbleibenden 75.000,00 EUR seit dem 12.03.2010,
 2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin aus der o.g. fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung 2.887,65 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz, aus 1.848,00 seit dem 31.07.2009, aus 898,00 EUR seit dem 13.03.2010 sowie aus den verbleibenden 141,65 EUR seit Rechtshängigkeit zu zahlen,
 3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche künftigen immateriellen sowie alle weiteren vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die ihr aus der o.g. fehlerhaften und rechtswidrigen Behandlung entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.
- Die Beklagten beantragen,
- die Klage abzuweisen.
- Die Beklagten bestreiten die behaupteten Behandlungsfehler. Die postoperative Betreuung in der Zeit vom 19.04. bis 29.04.2007 sei nicht zu beanstanden gewesen. Insbesondere seien sämtliche notwendigen Kontrollbefunde erhoben und die gebotenen therapeutischen Maßnahmen in die Wege geleitet worden. Übelkeiten und Erbrechen der Klägerin seien auf die Einnahme von Antibiotika bzw. die mangelnde Toleranz der Magensonde zurückzuführen gewesen. Ärztliche Abdominaluntersuchungen seien täglich mindestens ein Mal, in der Regel jedoch zwei Mal durchgeführt worden. Diese seien jedoch nicht dokumentiert, weil sie als Routinemaßnahmen nicht dokumentationspflichtig gewesen seien. Es sei ein konservativer medikamentöser Therapieversuch unternommen worden.
- Die Operation am 29.04.2007 sei fachgerecht durchgeführt worden, eine Darmresektion sei alternativlos gewesen. Der Versuch des Dünndarmerhalts sei in Erwägung gezogen worden, das Ausmaß der Verletzungen jedoch derart ausgedehnt und die Verwachsungen derart schwerwiegend gewesen, dass eine Umgehungsoperation oder die Anlage eines vorgeschalteten Anus Praeter nicht in Betracht gekommen seien. Vor dieser Operation sei die Klägerin vollständig aufgeklärt worden, das Risiko einer Darmresektion sei mündlich erwähnt worden. Jedenfalls hätte die Klägerin dem Eingriff in der konkret durchgeführten Form hypothetisch zugestimmt.
- Die Beklagten behaupten weiter, nach der Operation vom 29.04.2007 hätten ein Kontroll-CT sowie eine Gastroskopie eine erneute Passagestörung ausgeschlossen. In mehreren Gesprächen mit der Klägerin sei deutlich geworden, dass diese sich nicht zur Nahrungsaufnahme in der Lage gesehen habe, weil sie den künstlichen Darmausgang abgelehnt habe. Daraufhin sei ein psychiatrisches Konsil hinzugezogen und eine reaktive Depression festgestellt worden. Eine medikamentöse Behandlung habe die Klägerin jedoch abgelehnt. Insgesamt handele es sich um einen allein schicksalshaften bzw. grundleidensbedingten Krankheitsverlauf, der sich dem Verantwortungsbereich der Beklagten entziehe.

Das Gericht hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluss vom 04.01.2011 (Bl. 94ff. d.A.) durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens sowie Ergänzungsgutachten der Sachverständigen Dr. L vom 07.11.2011 bzw. 24.05.2012 und 17.09.2012 (Bl. 130ff., 216ff. und 332ff. d.A.). Die Sachverständige Dr. L hat ihr Gutachten im Termin vom 28.05.2013 mündlich erläutert. Insofern wird auf die Sitzungsniederschrift (Bl. 272 d.A.) verwiesen. Ferner hat das Gericht Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluss vom 09.07.2013 (Bl. 284 d.A.) durch Einholung eines radiologischen Zusatzgutachtens des Sachverständigen Dr. N vom 11.12.2013 (Bl. 329ff. d.A.) und eines schriftlichen Zusatzgutachtens der Sachverständigen Dr. L vom 10.01.2014 (Bl. 348ff. d.A.), welches die Sachverständige im Termin vom 20.01.2015 erneut mündlich erläuterte (vgl. Sitzungsniederschrift, Bl. 437ff. d.A.). Mit weiterem Beweisbeschluss vom 03.03.2015 (Bl. 463 d.A.) hat das Gericht die Einholung eines schriftlichen Gutachtens der Sachverständigen Prof. Dr. I angeordnet, die ihr Gutachten vom 02.08.2015 (Bl. 475ff. d.A.) sowie ihr Ergänzungsgutachten vom 14.02.2016 (Bl. 624ff. d.A.) im Termin vom 29.11.2016 mündlich erläutert hat (vgl. Sitzungsniederschrift, Bl. 694ff. d.A.). Wegen des weiteren Sach- und Streitstands wird im Übrigen auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist im tenorierten Umfang begründet.

Denn der Klägerin stehen die geltend gemachten Ansprüche aus einer Verletzung des zwischen den Parteien abgeschlossenen Behandlungsvertrags (§§ 241 Abs. 2, 280 Abs. 1, 611ff., 253 Abs. 2 BGB) sowie aus Delikt (§ 823 Abs. 1 BGB) gegenüber den Beklagten zu 1), zu 2) und zu 5) zum Teil zu.

I.

Die Klägerin hat gegenüber den Beklagten zu 1), zu 2) und zu 5) zunächst Anspruch auf Schmerzensgeld. Dabei hält die Kammer angesichts der erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen, die die Klägerin infolge des rechtswidrigen Eingriffs erlitten hat, ein Schmerzensgeld in Höhe von 75.000,00 EUR für angemessen, aber auch ausreichend. Der darüber hinausgehende Klageantrag zu 1) hat keinen Erfolg.

1.

Die Schadensersatzpflicht besteht, weil die Beklagten zu 2) und zu 5) in der Beklagten zu 1) zurechenbarer Weise die ihnen aus dem Behandlungsvertrag obliegenden Pflichten verletzt haben, nachdem die von ihnen durchgeführte Heilbehandlung nicht den Regeln ärztlicher Kunst entsprochen hat. Dies steht nach Durchführung der Beweisaufnahme zur Überzeugung der Kammer fest.

Im Einzelnen:

a)

Die Kammer geht zunächst davon aus, dass im Rahmen der Behandlung nach der ersten Operation vom 18.04.2007 den diensthabenden Ärzten ein der Beklagten zu 1) zurechenbarer Befunderhebungsfehler dahingehend unterlaufen ist, dass – ungeachtet dessen, ob die Ärzte die von ihnen behaupteten Tast- und Abhöruntersuchungen durchgeführt haben – zumindest ab dem 26.04.2007 eine Röntgenuntersuchung zu veranlassen gewesen wären. Die Sachverständige Dr. L hat in ihrem Erstgutachten vom

07.11.2011 im Wesentlichen festgestellt, dass die Behandlungsdokumentation für den Zeitraum nach dem 18.04.2007 keine Hinweise auf ärztliche Untersuchungen des Abdomens enthalte, so dass davon auszugehen sei, dass diese nicht stattgefunden hätten (vor allem Auskultation und Tastbefund). Ebenso sei bildgebend weder eine Röntgenuntersuchung noch ein CT durchgeführt worden, was angebracht gewesen wäre (vgl. Bl. 156 d.A.). Eindeutig sei hier die nötige ärztliche Sorgfalt nicht ersichtlich (vgl. Bl. 160 d.A.). Dies bestätigt die Sachverständige in ihrem Ergänzungsgutachten vom 24.05.2012, indem sie ausführt, dass auf die pflegerisch dokumentierten Symptome nur „symptombezogen“ reagiert worden sei. Hierbei handle es sich „um eine Fehlinterpretation der pflegerischerseits dokumentierten Befunde und somit um eine ärztlicherseits nicht ausreichende Sorgfaltspflicht“ (vgl. Bl. 219 d.A.). In Vervollständigung dieses Ergänzungsgutachtens führt die Sachverständige in ihrer Stellungnahme vom 17.09.2012 nochmals aus, dass insbesondere die pflegerisch am 23.04. und 26.04.2007 dokumentierten Symptome einer weiteren Abklärung bedurft hätten (vgl. Bl. 338 d.A.). Und auch im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 28.05.2013 hat die Sachverständige Dr. L nochmals ausführlich dargelegt, dass man jedenfalls am 26.04.2007 das Abdomen hätte röntgen müssen, vielleicht sogar in zwei Ebenen oder aber auch mit Kontrastmitteln (vgl. Bl. 273 d.A.).

Doch weder die Beklagte zu 2) noch der Beklagte zu 5), die die Klägerin beide (zumindest) am 27.04.2007 visitierten, veranlassten trotz pflegerseits dokumentierter Befunde diese notwendige Röntgenuntersuchung. 37

Die Kammer geht auch davon aus, dass die unterlassene Befunderhebung grob fehlerhaft war. Ein Behandlungsfehler ist generell dann als grob zu bewerten, wenn ein medizinisches Fehlverhalten vorliegt, dass aus objektiv ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. So hat auch die Sachverständige Dr. L dargelegt, dass es für sie „unverständlich“ sei, dass man die notwendige Röntgenuntersuchung nicht durchgeführt habe (vgl. Bl. 273 Rs d.A.). Dass trotz der pflegerisch dokumentierten Symptome zeitnah keine weitere Abklärung erfolgte, ist nach Auffassung der Kammer als aus objektiv ärztlicher Sicht als nicht mehr verständlich zu bezeichnen. 38

Den vorstehend wiedergegebenen ausführlichen und überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen Dr. L aus ihren schriftlichen Gutachten sowie aus ihren nochmals ausführlichen und auch für einen Laien gut verständlichen und begründeten Darlegungen im Rahmen der mündlichen Verhandlung schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung vollumfänglich an. 39

Hierbei hat die Kammer zunächst berücksichtigt, dass die fachliche Kompetenz der Sachverständigen Dr. L unter keinem Gesichtspunkt in Zweifel gezogen werden kann. Die Sachverständige war zum Zeitpunkt der Begutachtung Oberärztin in der Klinik für Chirurgie I des B Krankenhauses Y. Hinzu kommt, dass die Sachverständige Dr. L ihre Feststellungen nachvollziehbar und überzeugend zu begründen vermocht hat. Die Grundlagen ihrer Erkenntnisse, insbesondere die von ihr eingesehenen vollständigen ärztlichen Behandlungsunterlagen und die Ergebnisse bildgebender Verfahren hat sie durchgängig kenntlich gemacht und im Einzelnen verdeutlicht, aus welchem Grund die vorhandenen Anknüpfungstatsachen zu den gefundenen Ergebnissen geführt haben. Mängel der Begutachtung sind hiernach unter keinem Aspekt erkennbar. 40

b) 41

Ferner geht die Kammer davon aus, dass ein weiterer der Beklagten zu 1) zurechenbarer Behandlungsfehler anzunehmen ist, weil die nach der Erstoperation vom 18.04.2007 unternommenen medikamentösen Maßnahmen nicht als ausreichende und angemessene konservative Therapie anzusehen sind. Die Sachverständige Dr. L hat in ihrem Ergänzungsgutachten ausgeführt, dass die unternommene konservative Therapie (über ein bis eineinhalb Tage) in Länge und Ausführung unzureichend gewesen sei (vgl. Bl. 165, 221 d.A.). Auch insofern schließt sich die Kammer den Ausführungen der Sachverständigen Dr. L in vollem Umfang an.

c) 43

Hingegen konnte die Kammer im Zusammenhang mit der Operation vom 29.04.2007 keinen Behandlungsfehler feststellen. Zwar stellte die Sachverständige Dr. L im Rahmen ihres Erstgutachtens vom 07.11.2011 fest, dass bei der Operation vom 29.04.2007 nicht erkennbar sei, weshalb ein weiterer Operateur erst später hinzugezogen worden sei und ob eine Umgehung des Dünndarmsegmentes nach Wandrekonstruktion möglich und im Hinblick auf die spätere Passage sinnvoll gewesen wäre (vgl. Bl. 159 d.A.). Grundsätzlich sei jedoch davon auszugehen, dass „die Entscheidung zur Resektion eines großen Anteils des Dünndarms nicht leichtfertig und nicht ohne Wissen im Hinblick auf die mögliche Komplikation im Sinne eines Kurzdarmsyndroms durchgeführt wurde“ (vgl. Bl. 159 d.A.). 44

d) 45

Offenlassen konnte die Kammer die Frage, ob zudem eine Aufklärungspflicht verletzt worden ist. Zwar stellte die Sachverständige Dr. L im Rahmen ihres Erstgutachtens vom 07.11.2011 fest, dass anlässlich der zweiten Operation auch über das Risiko einer Darmresektion und das damit verbundene Risiko eines Kurzdarmsyndroms hätte aufgeklärt werden müssen, was zumindest nicht dokumentiert ist (vgl. Bl. 161ff., 170 d.A.). Ob die Klägerin über diese Risiken mündlich aufgeklärt worden ist, kann aber letztlich dahinstehen, da bereits ein für die Folgen kausal gewordener Behandlungsfehler feststeht. 46

2. 47

Die Kammer geht davon aus, dass die von der Klägerin erlittenen Beeinträchtigungen (im Wesentlichen) kausal auf den sonach anzunehmenden Behandlungsfehler zurückzuführen sind. 48

Folge eines groben Befunderhebungsfehlers ist es, dass zugunsten des Patienten Beweiserleichterungen bis hin zu Beweislastumkehr bezogen auf die Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers für Primärschäden anzunehmen sind. Denn auch ein grober Befunderhebungsfehler führt dann zur Beweislastumkehr, wenn (1) sich bei der gebotenen Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtig positives Ergebnis gezeigt hätte, (2) sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde und (3) dieser Fehler generell geeignet ist, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden des Patienten herbeizuführen. Davon ist vorliegend auszugehen. 49

Die Sachverständige Dr. L geht ausweislich ihres Erstgutachtens vom 07.11.2011 davon aus, dass bei Durchführung der gebotenen ärztlichen Betreuung und der gebotenen möglichen Diagnostik die Chance auf eine frühzeitige konservative Therapie bestanden hätte und ggf. eine operative Therapie – insbesondere in einem Zeitraum, in dem postoperativ Verwachsungen besonders ausgebildet sind – hätte vermieden werden können. 50

Wahrscheinlich wären so die massiven Darmverletzungen und eine Resektion großer Anteile des Dünndarms vermeidbar gewesen (vgl. Bl. 165, 170 d.A.). Und auch in ihrem Ergänzungsgutachten vom 24.05.2012 legt die Sachverständige Dr. L dar, dass eine rechtzeitige konservative Therapie (unter Nennung der gebotenen Maßnahmen) unter Umständen die Operation und den schweren Verlauf verhindert hätte (vgl. Bl. 221 d.A.). Im Rahmen ihrer Anhörung am 28.05.2013 hat die Sachverständige Dr. L nochmals bestätigt, dass bei einer Operation noch am 26.04.2007 das Ausmaß der Resektion möglicherweise geringer gewesen wäre (vgl. Bl. 274 d.A.).

Die Kammer geht daher davon aus, dass nicht auszuschließen ist, dass die bei der Klägerin teils heute noch bestehenden Folgen bei einer rechtzeitigen Befunderhebung und Einleitung einer Therapie ganz überwiegend vermieden worden wären. Hierbei nimmt die Kammer an, dass sich die behaupteten Beschwerden der Klägerin – auch wenn die Beklagten diese (teils pauschal) bestreiten – teils hinreichend aus den vorgelegten Unterlagen ergeben (siehe u.a. Atteste des Hausarztes Dr. S, Bl. 232, 687 d.A.) und von der Sachverständigen Dr. L sowie der weiteren Sachverständigen Prof. Dr. I im Wesentlichen bestätigt wurden. 51

Im Einzelnen: 52

a) 53

Die Sachverständige Dr. L hat in ihrem Zusatzgutachten vom 10.01.2014 zum einen dargelegt, dass die Klägerin im Operationsgebiet (Bauch) Narben habe, wenngleich diese nicht (mehr) schmerzempfindlich seien und auch keine Keloidbildung aufwiesen. Nach Aktenlage sei ferner erkennbar, dass die Klägerin infolge der mehrfachen Laparotomien eine Narbenhernie entwickelt habe, die zwischenzeitig operativ verschlossen worden sei (vgl. Bl. 354 d.A.). Aus dem Arztbrief von Prof. Dr. T vom 10.07.2008 (vgl. Bl. 371 d.A.) sowie aus dem Arztbrief von Dr. X, Facharzt für Innere Medizin, vom 13.12.2008 (vgl. Bl. 370 d.A.) ergebe sich die Narbenhernie noch. Im Termin vom 20.01.2015 stellte die Sachverständige Dr. L zudem klar, dass die Hernie sich als Folge der vielen OPs entwickelt habe – ein nicht untypischer Fall. Dabei sei die Wahrscheinlichkeit sehr viel höher, dass dann, wenn man ausschließlich am 18.04.2007 und danach nicht operiert hätte, die Hernie so nicht aufgetreten wäre. Dies auch vor dem Hintergrund, dass am 29.04.2007 der Hautausschnitt vom 18.04.2007 wieder geöffnet worden sei (vgl. Bl. 437 Rs d.A.). Allerdings stehe ausweislich des radiologischen Zusatzgutachtens nun fest, dass keine Hernierung der inneren Organe mehr vorliege (vgl. Bl. 437 Rs d.A.). Es gebe auch keine Narbenwucherungen, die über das eigentliche OP-Gebiet hinausgingen; allerdings habe die Klägerin hypertrophe Narben, welche sie „subjektiv verunstalteten“ (ca. 26 cm lang, vgl. Bl. 437 Rs d.A.; siehe auch Fotos, Bl. 441ff. d.A.). Auch die weitere Sachverständige Prof. Dr. I bestätigte eine „wulstige Narbenbildung“, wobei lediglich die Portnarbe (Narbe unterhalb des Schlüsselbeins) ggfs. revidiert werden sollte (vgl. Bl. 631 d.A.). 54

b) 55

Zum anderen steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die Klägerin aufgrund der Resektion eines Teils des Dünndarms in der Operation vom 29.04.2007 zeitweise – für dreieinhalb Monate – unter einem sog. Kurzdarmsyndrom litt. Die weitere Sachverständige Prof. Dr. I führt in ihrem Gutachten vom 02.08.2015, das sie im Verhandlungstermin vom 29.11.2016 mündlich erläuterte, aus, dass der Zustand eines Kurzdarmsyndroms im Zeitraum vom 29.04. bis 15.08.2007 bestanden habe. Der Klägerin sei am 21.05.2007 ein künstlicher Darmausgang gelegt worden, da eine klare Indikation zur parenteralen Ernährung bestand (vgl. Bl. 480 d.A.). Nach der Stomarückverlagerung am 15.08.2008 sei die Definition eines 56

Kurzdarms nicht mehr erfüllt gewesen (vgl. Bl. 481 d.A.). Auch in ihrem Ergänzungsgutachten vom 14.02.2016 kommt die Sachverständige Prof. Dr. I zu dem Schluss, dass selbst wenn im Rahmen der Operation durch Prof. G, Z-Krankenhaus, Köln, ca. 40 cm Dünndarm nachreseziert worden sein sollten, die Darmlänge dennoch ausreiche, um die Klägerin bei oraler Ernährung in einem normalen Gewichts- und Ernährungszustand zu halten – ein Kurzdarmsyndrom mithin nicht bestehe (vgl. Bl. 631 d.A.).

Die vorstehend wiedergegebenen ausführlichen gutachterlichen Feststellungen der Sachverständigen Prof. Dr. I konnte die Kammer ihrer Entscheidung ebenfalls uneingeschränkt zugrundelegen. 57

Hierbei hat die Kammer wiederum berücksichtigt, dass die fachliche Kompetenz der Sachverständigen Prof. Dr. I unter keinem Gesichtspunkt in Zweifel gezogen werden kann. Die Sachverständige ist u.a. Kommissarische Leiterin der Medizinischen Klinik B des Universitätsklinikums Münster. Hinzu kommt, dass die Sachverständige Prof. Dr. I ihre Feststellungen nachvollziehbar und überzeugend zu begründen vermocht hat. Die Grundlagen ihrer Erkenntnisse, insbesondere die von ihr eingesehenen vollständigen ärztlichen Behandlungsunterlagen und die Ergebnisse bildgebender Verfahren hat sie durchgängig kenntlich gemacht und im Einzelnen verdeutlicht, aus welchem Grund die vorhandenen Anknüpfungstatsachen zu den gefundenen Ergebnissen geführt haben. Mängel der Begutachtung sind hiernach unter keinem Aspekt erkennbar. 58

c) 59

Hinsichtlich der weiteren Beschwerden führte die Sachverständige Prof. Dr. I in ihrem Ergänzungsgutachten vom 14.02.2016 nachvollziehbar und überzeugend aus, dass eine Unverträglichkeit von stark blähenden Speisen mit Meteorismus und Bauchweh sowie vermehrter Stuhlgang wahrscheinlich und als glaubhaft anzunehmen seien (vgl. Bl. 630, 694 Rs d.A.). Im Rahmen der mündlichen Erläuterung stellte die Sachverständige Prof. Dr. I klar, dass die Klägerin unter Durchfall und krampfartigen Schmerzen leide, die anfallsartig bestünden (vgl. Bl. 695 d.A.). Mit Blick auf die flüssigen Stühle gelte, dass sich dieser Zustand verbessert habe und bei Durchführung eines gezielten Darmtrainings weiter verbessern könne (vgl. Bl. 695 d.A.). Hinzu komme, dass ein zusätzlicher Reizdarm nicht auszuschließen sei (vgl. Bl. 630, 694 Rs d.A.). 60

Eine Einbuße der Lebensqualität sei wahrscheinlich (vgl. Bl. 631 d.A.). Sie sei durch ihre strenge Diät, die eventuell gelockert werden könne, und ihre nachvollziehbare Vermeidung des Hebens schwerer Lasten (über drei bis vier Kilogramm) in ihrer Lebensführung eingeschränkt (vgl. Bl. 632, 694 Rs d.A.). Dabei sei es nach den Ausführungen der Sachverständigen Prof. Dr. I mit Blick auf die Narbenhernie nachvollziehbar, dass die Klägerin zur Vermeidung eines Rezidivs das Tragen von Lasten über drei bis vier Kilogramm vermeide (vgl. Bl. 694 Rs d.A.). 61

Allein hinsichtlich des Vitamin D-Mangels und der Refluxkrankheit konnte ein Zusammenhang mit der fehlerhaften Behandlung durch die Sachverständige Prof. Dr. I ausgeschlossen werden (vgl. Bl. 630, 632, 695 d.A.). 62

3. 63

Unter Berücksichtigung der erheblichen Einschränkungen der in 1951 geborenen Klägerin hält die Kammer die Zahlung eines Schmerzensgeldes von 75.000,00 EUR daher für angemessen, aber auch ausreichend. 64

Das Schmerzensgeld soll dem Verletzten einen angemessenen Ausgleich für diejenigen Schäden bieten, die nicht vermögensrechtlicher Art sind und zugleich dem Gedanken Rechnung tragen, dass der Schädiger dem Verletzten Genugtuung schuldet. Dabei steht die Ausgleichsfunktion im Vordergrund mit der Folge, dass die Höhe des Schmerzensgelds in erster Linie vom Umfang und von den Auswirkungen der körperlichen und gesundheitlichen Schädigung selbst abhängt. Von Bedeutung sind damit die Schmerzen, die der Verletzte zu tragen hat, die Dauer des Schadens und die verletzungsbedingten Beeinträchtigungen solcher Funktionen, die sich, wenn sie gestört oder negativ betroffen werden, ungünstig auf die Lebensführung, die Lebensqualität und damit das persönliche Schicksal des Verletzten auswirken.	65
Bei der Bemessung des Schmerzensgelds hat die Kammer daher insbesondere berücksichtigt, dass die Klägerin, die ein selbstständiges und eigenständiges Leben vor der Darmresektion führen konnte, nunmehr für die Dauer ihres restlichen Lebens eine erhebliche Einschränkung in ihrer Lebensqualität hinzunehmen hat, die sie sozial ausgrenzt. Insbesondere durch die häufigen Durchfälle ist die Klägerin in ihrer Mobilität und Alltagsplanung stark eingeschränkt. Die Klägerin ist darüber hinaus körperlichen Belastungen wie Heben nur begrenzt gewachsen.	66
Hinsichtlich der Art und Dauer der erlittenen Schmerzen hat die Kammer insbesondere schmerzensgelderhöhend berücksichtigt, dass die Klägerin in der Zeit vom 26.04.2007 bis zur Revisionsoperation vom 29.04.2007 unnötig Beeinträchtigungen (heftiges Druck- und Völlegefühle, Erbrechen etc.) ausgesetzt war, die bei gebotenem rechtzeitigen Einschreiten hätten vermieden werden können.	67
Schmerzensgeldmindernd hat die Kammer hingegen berücksichtigt, dass das Kurzdarmsyndrom nur zeitweise – für dreieinhalb Monate – bestand und die Klägerin nunmehr durch orale Nahrungsaufnahme in der Lage ist, ihr Gewicht zu halten; wenngleich sie – was zur Vermeidung eines Rezidivs nachvollziehbar ist – eine strenge Diät einhält.	68
Nach alledem hält die Kammer – auch unter Berücksichtigung der Entscheidungen anderer Gerichte, die über vergleichbare Fälle zu entscheiden hatten – ein Schmerzensgeld in Höhe von 75.000,00 EUR für erforderlich, aber auch ausreichend, zumal die Beweisaufnahme die von der Klägerin vorgetragenen Beschwerden nicht in vollem Umfang bestätigt hat.	69
Der Zinsanspruch folgt aus §§ 286, 288 BGB.	70
4.	71
Ansprüche der Klägerin gegenüber den Beklagten zu 3) und zu 4) scheiden aus. Hinsichtlich dieser Ärzte bleibt nach dem Vortrag der Klägerin unklar, wann sie in die Behandlung involviert waren. Zwar hat der Beklagte zu 3) am 25.04.2007 noch erfolglos versucht, eine Magensonde zu legen, doch zu diesem Zeitpunkt kann nach den Ausführungen der Sachverständigen Dr. L noch nicht sicher von einer Notwendigkeit der Röntgenuntersuchung ausgegangen werden.	72
II.	73
Die Klägerin kann zudem von den Beklagten zu 1), zu 2) und zu 5) als Gesamtschuldner Erstattung der vorprozessualen Gutachterkosten nebst Kopierkosten in Höhe von insgesamt 2.887,65 EUR verlangen. Die Zahlung ist durch die Überweisungsnachweise (vgl. Bl. 75 d.A.) hinreichend belegt.	74

Der Zinsanspruch folgt aus §§ 286, 288, 291 BGB.	75
III.	76
Aufgrund des eingetretenen Dauerschadens hat die Klägerin darüber hinaus Anspruch auf Feststellung, dass auch sämtliche weiteren materiellen und noch nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden, die aufgrund der Behandlung noch entstehen werden, durch die Beklagten zu 1), zu 2) und zu 5) als Gesamtschuldner zu ersetzen sind.	77
Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf § 92 Abs. 1 ZPO bzw. § 709 ZPO.	78
Der Streitwert wird auf 227.887,65 EUR festgesetzt.	79
