
Datum: 16.06.2004
Gericht: Oberlandesgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 15. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: I-15 U 160/03
ECLI: ECLI:DE:OLGD:2004:0616.I15U160.03.00

Tenor:

Die Berufung der Beklagten gegen das am 8. Mai 2003 verkündete Grund-urteil der 8. Zivilkammer des Landgerichts Duisburg wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte verurteilt wird, an die Klägerin 16.317,62 Euro nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz nach § 1 des Diskontsatz-Überleitungsgesetzes vom 9. Juni 1998 seit dem 1. April 2001 zu zahlen.

Die Kosten des Rechtsstreits werden der Beklagten auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Gründe:

Die Klägerin macht gemäß § 116 SGB X übergegangene Schadensersatzansprüche der bei ihr versicherten, am 01.01.1921 geborenen Frau E. geltend. Frau E., die unter seniler Altersdemenz mit Unruhe- und Verwirrheitszuständen sowie Harn- und Darminkontinenz litt, war im Jahr 1998 Bewohnerin der Altenpflegeeinrichtung der Beklagten. Seit Mai 1998 gewährte ihr die Klägerin Leistungen gemäß Pflegestufe 2. In dem Gutachten des F. Nordrhein zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 09.07.1998, welches aufgrund einer am 03.07.1998 erfolgten ärztlichen Untersuchung erstellt wurde, heißt es u.a.:

"Pflegebegründende Vorgeschichte ... Bekannte senile Demenz mit psychotischen Episoden, Osteoporose, hatte sich zu Hause zunehmend vernachlässigt. Heimaufnahme 20.04.1998. Wegen großer psycho-motorischer Unruhe sehr aufwendig, Fixierung mit amtsrichterlicher Genehmigung seit dem 10.06.1998, seither etwas besser, zerpfückt jetzt die Windelhosen, zieht am DK (Dauerkatheder), spielt nachts mit dem Kot.

Erhobene pflegebegründende Gründe: ... Sitzt fixiert im Rollstuhl im Aufenthaltsraum.	
Funktionelle Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates: Schwere Einschränkungen. Kann den Rollstuhl nicht bewegen, nicht aufstehen, Beine passiv nicht komplett zu strecken, Funktionsgriffe inkomplett, ...	5
Der inneren Organe: Schwere Einschränkungen; komplette Inkontinenz, suprapobischer Dauerkatheder.	6
Des zentralen Nervensystems und der Psyche: Schwere Einschränkungen. Orientierungen eingeschränkt, starrt vor sich hin, kaum Mitarbeit, versteht Aufforderungen kaum, kein Anhalt für psychotisches Erleben. Desorientierung zum Ort, zur Zeit und zur Person.	7
Pflegebegründende Diagnosen:	8
Demenzielle Entwicklung mit kompletter Inkontinenz, Kotschmieren, zunehmenden Sprachverlust, Unselbständigkeit, Orientierungsstörungen, große motorische Unruhe.	9
Sich situativ Anpassen können: Unselbständig, kann kaum noch Wünsche äußern, die Rufanlage nicht mehr bedienen.	10
Für Sicherheit sorgen können: Unselbständig, muss fixiert werden, beim Schlafen hochstellen der Bettgitter.	11
Sich bewegen können: Teilweise unselbständig. Sitzt tagsüber im Rollstuhl, kann sich nachts trotz Gurt im Bett drehen.	12
Sich sauber halten und kleiden können: Unselbständig Pflege UK im Bett, UK auf dem Toilettenstuhl sitzend, hilft nicht mit.	13
Ausscheiden können: Unselbständig. Komplette Inkontinenz, hat suprapobischen Blasenkatheeder.	14
Kommunizieren können: Teilweise unselbständig. Durch psychomentale Defizite erheblich eingeschränkt, oft nur noch non-verbal möglich.	15
Ruhen und Schlafen können: Teilweise unselbständig. Trotz Schlafmittel zerpfückt sie die Windelhose, zerrt am Katheder, verwurschtelt sich im Bett."	16
Hinsichtlich des Hilfebedarfs bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität werden zum Teil zwei- bis dreimal täglich Voll- oder Teilübernahmen bejaht. Wegen der Einzelheiten wird auf Seite 3 und 4 des Gutachtens Bezug genommen. Ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand wird verneint. Die Erforderlichkeit einer vollstationären Pflege wird bejaht. Hinsichtlich der Vorschläge zur Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung heißt es: Nicht erforderlich. Am 22.07.1998 wurde erstmals ein Dekubitusgeschwür im Gesäßbereich der Frau E. festgestellt. Dieses wurde mit Betaisadona, Spülen und Verbänden behandelt und war gemäß den Pflegeberichten der Beklagten im August 1998 ausgeheilt.	17
Gemäß den von der Klägerin vorgelegten Pflegeberichten der Beklagten (Zusatzheft I) wurde ab dem 12.08.1998 wiederholt festgestellt, dass Frau E. trotz des Blasenkatheeters bei jedem Pflegedurchgang eingenässt war, während sich in dem Urinbeutel kaum Urin befand. Der Eintrag vom 24. August 1998 lautet: "Das Gesäß der Bewohnerin sieht schlecht aus. Dekubitus am Steiß mit Betaisadonasalbe behandelt. Auch an den folgenden Tagen wird	18

wiederholt die Einnässung der Bewohnerin festgestellt sowie eine offene Blase zwischen Ferse und Wade. Am 25.08.1998 diagnostizierte die Hausärztin Frau E., die erstinstanzlich vernommene Zeugin Frau Dr. G., ein Dekubitusgeschwür im Gesäßbereich und ordnete die Behandlung mit Betaisadona-Salbe an.

Unter dem 26./27. 08.1998 heißt es in den Pflegeberichten, Urin läuft auch para, Bewohnerin sei nass, mehrere kleine Hautdefekte mit Betaisadona behandelt. 19

Am 27.08.1998 bestellten Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung der Beklagten ausweislich der Pflegeberichte die Visite eines Hautarztes - was die Klägerin bestreitet -, der jedoch - nach Behauptung der Beklagten - nicht erschien. 20

Unter dem 28.08.1998 heißt es: "Offene Hautstellen, werden heute mit Mecruchrom behandelt. Dekubitus wie sonst mit Betaisadona. Unter dem 31.08.1998 wird wiederum das Einnässen der Patientin festgestellt. 21

Am 03.08.1998 wurde aufgrund des hohen Fiebers Frau E. ein weiterer Arztbesuch angefordert. Die Ärztin Frau Dr. H., welche die Hausärztin Frau E. vertrat, stellte anlässlich der Visite neben dem Verdacht auf Pneumonie ein Dekubitalgeschwür von einer Ausdehnung von dreimal zwei Zentimetern bei einer Tiefe von maximal 0,5 cm fest. Sie wie Frau E. wegen ihrer Atemwegsinfektion zur stationären Behandlung in das K. in Z. ein, wo diese vom 03.09.1998 bis zum 21.09.1998 verblieb. Gemäß den von der Klägerin als Anlage K 13 vorgelegten Behandlungsberichten des K. hatte das Dekkubitusgeschwür der Klägerin im Bereich des Steißbeins einen Umfang von ca. 10 Zentimetern. Den Zustand des Geschwürs am 04.09.1998 gibt das von der Klägerin zu den Akten gereichte Foto (Hülle Bl. 99) wieder. Nach ihrer Entlassung aus dem K. am 21.09.1998 kehrte Frau E. in die Pflegeeinrichtung der Beklagten zurück. Das Dekubitalgeschwür war zu diesem Zeitpunkt noch vorhanden; eine Altenpflegerin der Beklagten stellte am 21.09.1998 ein fünf bis sechs Zentimeter großes Loch am Steiß der Frau E. fest. Auf telefonische Anordnung der Hausärztin am 22.09.1998 wurde das Geschwür durch Spülungen mit Wasserstoff und mit den Medikamenten Rivanol sowie Furosemid 40 behandelt. Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass die Behandlung durch Manipulation der Patientin an den Verbänden und der Wunde sowie durch ihre Darminkontinenz erschwert wurde. 22

Bei ihrer Visite am 25.09.1998 ordnete die Hausärztin Frau Dr. G. die erneute Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung an, nachdem sie ein schwergradiges, tiefes, infiziertes Dekubitusgeschwür im Steiß- und Sakralbereich mit einer Ausdehnung von fünfmal vier Zentimetern und einer Tiefe von fünf Zentimetern mit Fistelbildung festgestellt hatte. Das von der Beklagten zu den Akten gereichte Foto (Umschlag Bl. 88) zeigt den Zustand des Geschwürs am 25.09.1998. In der Zeit vom 26.09.1998 bis 27.11.1998 wurde Frau E. stationär im L. Krankenhaus behandelt, wo das Dekubitusgeschwür, nachdem zunächst eine konservative Behandlung mit regelmäßigen Wundspülungen und Wundabdeckungen u. a. wegen Manipulation der Patientin, die auf ihrer Demenzerkrankung beruhten, nicht erfolgreich durchgeführt werden konnte ein chirurgischer Eingriff erfolgte, der schließlich am 27.11.1998 zu einer weitergehenden Abheilung führte (vgl. Arztbericht Anlage K 11). 23

Die Klägerin verlangt Ersatz der ihr durch den Krankenhausaufenthalt im L. Krankenhaus vom 26.09.1998 bis 27.11.1998 angeblich entstandenen Kosten in Höhe von 31.697,50 DM sowie Kosten der ambulanten Behandlung (Pauschale) in Höhe von 217,00 DM. Sie hat geltend gemacht, es seien keine fachgerechten pflegerischen prophylaktischen Maßnahmen zur Vermeidung des Dekubitusgeschwürs durchgeführt worden. Insbesondere liege kein nachvollziehbarer Umlagerungsplan vor. Eine pflegefachliche frühzeitige Reaktion im Sinne 24

von Arztinformationen, mehrfacher täglicher Intimhygiene und regelmäßiger Umlagerung sei nicht erfolgt. Die Ausbildung eines Dekubitusgeschwürs sei bei ausreichenden prophylaktischen Vorkehrungen immer vermeidbar. Die Beklagte hätte mit besonderen Maßnahmen auf das Einnässen und die Darmentleerung der Versicherten reagieren müssen. Insbesondere hätte sie eine erweiterte Intimhygiene und erforderliche Umlagerungen durchführen müssen. Da Frau E. unstreitig - die meiste Zeit im Bett oder im Rollstuhl sitzend verbracht habe, sei die vom Dekubitus betroffene Stelle ständig entweder auf der Matratze oder dem Sitz des Rollstuhls aufgelegt. Dies sei eine der Bettlägerigkeit entsprechende Situation, die eine umfassende Prophylaxe insbesondere auch durch Umlagerung erforderlich mache. Während des Aufenthalts im K. vom 03. bis 21.09.1998 habe sich das Dekubitusgeschwür unter angemessener Behandlung deutlich gebessert. Bei der Entlassung am 21.09.1998 sei der Dekubitus deutlich zurückgegangen und habe sich im Heilungsprozess befunden. In der Zeit vom 21. bis 25. September 1998 habe sich der vorher im Abheilen begriffene Dekubitus in der Pflegeeinrichtung der Beklagten abermals verschlechtert.

Die Klägerin hat beantragt, 25

die Beklagte zu verurteilen, an sie 31.914,50 DM nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit dem 01.04.2001 zu zahlen. 26

Die Beklagte hat beantragt, 27

die Klage abzuweisen. 28

Sie hat behauptet, Frau E. sei in ihrer Einrichtung ordnungsgemäß gepflegt worden. 29

Insbesondere seien in der Zeit von Juli bis September 1998 alle notwendigen körperlichen Hygienemaßnahmen durchgeführt worden. Mangels Bettlägerigkeit der Bewohnerin sei ein Umlagerungsplan nicht erforderlich gewesen. Zum Liegen habe Frau E. eine Spezialmatratze zur Verfügung gestanden, welche die Bildung eines Dekubitus habe verhindern sollen. Dass sich ab dem 24.08.1998 -unstreitig - gleichwohl ein Dekubitus ausgebildet habe, sei mit pflegerischen prophylaktischen Mitteln nicht zu verhindern gewesen, weil die Bewohnerin - unstreitig - mehrfach täglich eingenässt und Darmentleerung gehabt habe. Am 25.08.1998 sei - unstreitig - die Behandlung mit Betaisadonasalbe durch die Hausärztin angeordnet worden. Weitere Maßnahmen seien nicht angezeigt gewesen und seien auch von der Hausärztin weder ergriffen noch angeordnet worden. Am Nachmittag des 27.08.1998 sei die ärztliche Visite eines Hausarztes, Dr. M., bestellt worden, der sein Erscheinen für den darauffolgenden Mittwoch oder Freitag zugesagt habe, aber nicht erschienen sei. Zwischenzeitlich habe neben den Hygienemaßnahmen die ärztlich verordnete Behandlung mit Betaisadonasalbe stattgefunden. Die Entlassung am 21.09.1998 aus dem K. sei im Hinblick auf den Zustand des Dekubitalgeschwürs unvertretbar gewesen.

Die Entstehung eines oberflächlichen Dekubitus sei trotz aller vorgenommenen 30

Pflegemaßnahmen Ende August 1998 nicht zu vermeiden gewesen. Während des Aufenthalts im K. vom 03.09. bis 21.09.1998 habe sich das Dekubitusgeschwür derart verschlimmert, dass es am 25.09.1998 - unstreitig - zu einer erneuten Einweisung in die Klinik gekommen sei. Dies habe sie, die Beklagte, aber weder verursacht noch zu vertreten. Entweder sei das Geschwür auch im K. elementar und eindeutig falsch behandelt worden oder es habe sich um eine schicksalhaft verlaufende Erkrankung gehandelt. Jedenfalls sei der erneute Krankenhausaufenthalt in der Zeit vom 26.09. bis 27.11.1998 nicht auf ein Fehlverhalten der Beklagten und der bei ihr tätigen Mitarbeiter zurückzuführen. Die Beklagte hat die Klageforderung auch der Höhe nach bestritten und geltend gemacht, der geforderte

Betrag sei nicht nachvollziehbar dargelegt. Aufgrund des - nicht vorwerfbaren - Verhaltens der Patientin sei der Heilungsverlauf erschwert und verzögert worden, was im Rahmen der §§ 254, 829 BGB zu berücksichtigen sei.

Folge man dem von der Klägerin vorgelegten Gutachten zur Pflegebedürftigkeit aus Juli 1998, handele es sich bei Frau E. um eine schwerst pflegebedürftige Person. Allein die dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten zu erbringenden Hilfeleistungen der Grundpflege erforderten einen Zeitaufwand von fast vier Stunden. Hinzu kämen die Zeiten für darüber hinaus zu erbringende Pflegeleistungen aus besonderen Anlässen zu unterschiedlichen Tages- und Nachtzeiten. Nahezu 3/4 der Tagesarbeitszeit einer Vollzeitpflegerin seien daher zur Versorgung der Patientin erforderlich gewesen. Dies sei in diesem Umfang von ihr, der Beklagten, auch tatsächlich geleistet worden (GA Bl. 77). 31

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung von Zeugen gemäß Beweisbeschluss vom 18.04.2002 (GA Bl. 103) und 23.05.2002 (GA Bl. 120). Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschriften vom 18.04.2002 (GA Bl. 108 ff.) und 18.07.2002 (GA Bl. 132 ff.) Bezug genommen. Aufgrund des Beweisbeschlusses vom 06.08.2002 (GA Bl. 134 a) hat das Landgericht ein Sachverständigengutachten eingeholt, das der Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin Dr. N. erstellt hat. Dieser ist leitender Arzt der Abteilung klinische Geriatrie des P. Krankenhauses. Er hat das Gutachten schriftlich unter dem 10.12.2002 (GA Bl. 163 ff.) erstattet. 32

Das Landgericht hat die Klage darauf hin dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass Dekubitusgeschwür der Versicherungsnehmerin sei auf einen Pflegefehler der Mitarbeiter der Beklagten zurückzuführen. Nach dem schriftlichen Sachverständigengutachten stehe fest, dass der Dekubitus bereits am Wochenende des 22./23.08.1998, d.h. vor dem ersten Krankenhausaufenthalt vom 03.09. bis zum 21.09.1998 bereits entstanden sei. Dies zeige auch das im K. am 04.09.1998 aufgenommene Foto. Der Sachverständige habe weiter ausgeführt, dass man in der Gesamtbewertung von einem Pflegefehler sprechen könne, der darin liege, dass die Problematik des Einnässens trotz liegenden Katheders nicht ausreichend berücksichtigt worden sei. Die Feststellungen des Gutachters würden durch die Aussagen der Zeugin Dr. G. gestützt. Diese habe nach Inaugenscheinnahme des Fotos vom 04.09.1998 bekundet, danach sei der Dekubitus als erheblich schwerer einzuschätzen als nach der Schilderung ihrer Kollegin, die sie am 03.09.1998 vertreten habe. Da die Ursächlichkeit des Pflegefehlers für die konkreten Schadensfolgen feststehe, komme es nicht darauf an, dass nach dem Sachverständigengutachten kein grober Pflegefehler anzunehmen sei. Dem Ursachenzusammenhang stehe auch ein etwaiges Fehlverhalten des Krankenhauspersonals in der Zeit vom 03.09. bis zum 21.09.1998 nicht entgegen. Ein Fehlverhalten Dritter unterbreche den Zurechnungszusammenhang in der Regel nicht. Dieser entfalle nur ausnahmsweise bei ungewöhnlich grobem Fehlverhalten, so bei schweren Kunstfehlern des Arztes. Hierfür sei aber nichts vorgetragen. Die dem Grunde nach bestehende Schadensersatzpflicht sei nicht durch ein als Mitverschulden zu bewertendes Verhalten der Versicherungsnehmerin eingeschränkt. Auch bei einem Verschulden gegen sich selbst sei § 827 Satz 1 BGB anwendbar, so dass ein Mitverschulden entfalle, wenn der sich selbst Schädigende für sein Verhalten nicht verantwortlich sei. Dies sei bei einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, wie er bei der Versicherungsnehmerin wegen ihrer senilen Altersdemenz anzunehmen sei, nicht der Fall. 33

Hiergegen wendet sich die Beklagte mit der Berufung, mit der sie geltend macht, die vom Landgericht vorgenommene Beweiswürdigung sei fehlerhaft. Zwar werde man "vielleicht davon ausgehen können", dass der Dekubitus bereits vor dem ersten Krankenhausaufenthalt vom 03.09. bis zum 21.09.1998 entstanden sei. Es sei aber nicht festzustellen, dass dies auf einem fahrlässigen Verhalten der Mitarbeiter der Beklagten beruhe. Die Klägerin treffe die Beweislast dafür, dass den Pflegern und dem Träger der Alteneinrichtung ein für eine konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung ursächlicher therapeutischer Fehler anzulasten sei. Dieser Beweis sei aufgrund des Sachverständigengutachtens nicht erbracht worden. Hieraus lasse sich kein schuldhaftes Verhalten der Mitarbeiter der Beklagten ableiten, sondern allenfalls der Hinweis auf objektive Fehler, wobei allerdings offen bleibe, ob und in welchem Umfang eine Verantwortlichkeit der Pflegerinnen begründet werden könne. Dies ergebe sich aus dem in dem Gutachten enthaltenen ausdrücklichen Hinweis auf die Verantwortung der Ärzte, die derjenigen der Pfleger grundsätzlich übergeordnet sei. Da sich noch nicht einmal die einzelnen Umstände, die zu dem Entstehen des Dekubitus geführt hätten, feststellen ließen, scheidet ein Verschulden der Pfleger aus. Die weitere Behandlung nach dem einmal aufgetretenen Dekubitus sei möglicherweise nicht ideal gewesen, hier treffe allerdings das Heim keine alleinige Therapieverantwortung, weil sich die Behandlung an den medizinischen Anweisungen der Hausärztin orientiert habe. Überdies nehme, wenn ein Dekubitus einmal entstanden sei, dieser einen weitgehend typischen Verlauf. Soweit der Sachverständige ausgeführt habe, die Frage des Einnässens sei nicht ausreichend berücksichtigt worden, folge hieraus kein Verschulden der Pflegekräfte. In diesem Zusammenhang habe der Sachverständige geäußert, dass in der Pflege offenbar die übliche Inkontinenzverordnung erfolgt sei, was bei zahlreichen Heimbewohnern nicht in jedem Fall zu einem Dekubitus führe. Im Hinblick auf den Umstand, dass Frau E. nicht fest bettlägerig gewesen sei, sei die Entwicklung des Dekubitus, wie der Sachverständige ebenfalls ausgeführt habe, bei Fortsetzung der Pflege mit regelmäßiger Mobilisation aus dem Bett nicht vorhersehbar gewesen. Bei der Bewertung der Anforderungen an die Pflege dürfe zudem nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Dekubitus auch während des Krankenhausaufenthalts vom 03.09. bis 31.09.1998 nicht gelindert worden sei. Man dürfe aber an die Sorgfaltspflichten des Pflegepersonals keine höheren Anforderungen stellen als an diejenige der Ärzte.

Die Maßnahmen, die bei dem zweiten Krankenhausaufenthalt im L. Krankenhaus vom 26.09. bis 26.11.1998 durchgeführt worden seien, hätten schon am 03.09.1998 zu Beginn der ersten Krankenhausbehandlung in die Wege geleitet werden müssen. Die Kosten für den weiteren Krankenhausaufenthalt könnten ihr, der Beklagten, daher nicht mehr als Schaden zugerechnet werden. 35

Die Beklagte beantragt, 36

das Urteil des Landgerichts Duisburg vom 8. Mai 2003 abzuändern und die Klage abzuweisen, wobei sie die Höhe der von der Klägerin geltend gemachten Aufwendungen nicht mehr bestreitet. 37

Die Klägerin beantragt, 38

die Berufung zurückzuweisen. 39

Beide Parteien haben sich für den Fall der Bestätigung des angefochtenen Urteils mit einer Entscheidung des Senats auch zur Höhe des Anspruchs nach Maßgabe des Klageantrags der ersten Instanz einverstanden erklärt. 40

Sie verteidigt das erstinstanzliche Urteil und macht geltend, das erstinstanzlich eingeholte Gutachten gehe eindeutig von dem Vorliegen eines Pflegefehlers aus und treffe zahlreiche Feststellungen, die für das Vorliegen eines schuldhaft verursachten Pflegefehlers sprächen. Die von dem Gutachter angesprochene Mobilisation aus dem Bett habe - wie zwischen den Parteien unstreitig ist - nur insoweit stattgefunden, dass Frau E. in den Rollstuhl gesetzt worden sei. Auch in dieser Lage sei aber ständig Druck auf die fragliche Gesäßstelle ausgeübt worden. Dass Dekubitusgeschwür habe sich während des Aufenthalts im K. vom 03.09. bis zum 21.09.1998 gebessert. Bei der Entlassung sei der Wundgrund sauber und eine gute Abheilungstendenz zu erkennen gewesen. Bei entsprechender pflegerischer Weiterbehandlung wäre ein weiteres Abheilen des Dekubitus ohne operativen Eingriff erzielt worden. Im Übrigen schließe ein etwaiges Fehlverhalten des Krankenhauspersonals des K. - das angesichts der guten Heilungstendenz nicht anzunehmen sei - den Zurechnungszusammenhang nicht aus, da der Schädiger auch für Folgeschäden hafte. Ein grobes ärztliches Fehlverhalten, das den Zurechnungszusammenhang hier ausschließen könne, sei nicht gegeben.

Der Senat hat die erstinstanzliche Beweisaufnahme durch die mündliche Anhörung des Sachverständigen Dr. N. vertieft. Wegen dessen Ausführungen wird auf den Inhalt des Berichterstattevermerks zur Beweisaufnahme vom 19. Mai 2004 (GA Bl. 282 bis 286) Bezug genommen. 42

Danach ist der geltend gemachte gemäß § 116 Abs. 1 SGB X auf die Klägerin übergegangene Schadensersatzanspruch dem Grunde und - wie inzwischen unstreitig - auch der Höhe nach wegen schuldhafter Schlechterfüllung des Vertrags über die stationäre Pflege der Versicherten gemäß §§ 611, 276, 278 BGB begründet, weil das Pflegepersonal der Beklagten die bei der Pflege der Frau E. zu beachtenden Sorgfaltspflichten schuldhaft verletzt hat. Mit Rücksicht auf das entsprechende Einverständnis der Parteien hat der Senat das noch beim Landgericht anhängig gebliebene Höheverfahren an sich gezogen und trifft daher mit diesem Urteil eine abschließende, den gesamten Rechtsstreit beendende Entscheidung zur Hauptsache und über die Kosten, wobei die Entscheidung über die Zinsen wegen des jedenfalls durch die ernsthafte und endgültige Zahlungsverweigerung der Beklagten durch deren Schreiben vom 27. September 2000 eingetretenen Zahlungsverzuges aus §§ 284, 288 ZPO a.F. folgt. 43

Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass die Versicherte, während sie sich aufgrund eines Pflegevertrags im Sinne des Heimpflegegesetzes in der Pflegeeinrichtung der Beklagten aufhielt und dort tatsächlich gepflegt wurde, ein Dekubitus im Gesäßbereich erlitt, welches sich ab dem 22. oder 23. August 1998 manifestierte und bis zum 03.09.1998 in Absprache mit der erstinstanzlich als Zeugin vernommenen Hausärztin Dr. G. bis zum 03.09.1998 in der Pflegeeinrichtung der Beklagten behandelt wurde. Ebenfalls unstreitig ist, dass das Geschwür den aus dem Foto Blatt 99 ersichtlichen Zustand aufwies, als die Versicherte in die Klinik K. kam. Weiterhin unstreitig ist, dass das Geschwür bei der Entlassung der Versicherten am 21.09.1998 noch nicht vollständig ausgeheilt war und - nach dem Aufenthalt der Versicherten in der Pflegeeinrichtung der Beklagten bis zum 25.09.1998 - von diesem Tag bis zum 27.11.1998 stationär im L. Krankenhaus behandelt wurde. Die Beklagte bestreitet in der Berufungsinstanz daher nicht, dass die (Erst-)Ursache für das Geschwür und die Heilbehandlung, deren Kosten die Klägerin ersetzt verlangt, in ihrer Pflegeeinrichtung gesetzt wurde, sondern macht insoweit lediglich geltend, dass die Entstehung des Geschwürs nicht auf einem schuldhaften Pflegefehler beruhte. 44

Zu erwägen war, ob die Berufung bereits deshalb zurückzuweisen war, weil der Beklagten die Darlegungs- und Beweislast für das Nichtvorliegen eines schuldhaften Pflegefehlers obliegt und sie dem nicht in ausreichender Weise nachgekommen ist. Für die Fälle, dass ein Patient während der Krankenhauspflege einen Unfall erleidet, hat der BGH zur Darlegungs- und Beweislast folgendes ausgeführt: (BGH, 6. Zivilsenat, Urteil vom 18.12.1990, Aktenzeichen: VI ZR 169/90 = NJW 1991, 1540 bis 1541):

"In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass sich jedenfalls für bestimmte Vertragstypen wie insbesondere den Werk- und den Dienstvertrag aus der Vorschrift des § 282 BGB auch für den Bereich der positiven Vertragsverletzungen eine Beweislast für den Schuldner dahin ergibt, dass ihn an einer Schlechterfüllung des Vertrages kein Verschulden trifft. Diese Beweisregel greift grundsätzlich erst ein, wenn feststeht, dass der Schuldner objektiv gegen seine Vertragspflichten verstoßen hat und dadurch der behauptete Schaden entstanden ist. Jedoch kann die Beweislastumkehr nach dem Sinn der Beweisregel auch den Nachweis eines objektiven Pflichtenverstoßes des Schuldners umfassen, wenn der Gläubiger im Herrschafts- und Organisationsbereich des Schuldners zu Schaden gekommen ist und die den Schuldner treffenden Vertragspflichten (auch) dahin gingen, den Gläubiger gerade vor einem solchen Schaden zu bewahren. Für die Arzt- und die Krankenhaushaftung wird allerdings nach der ständigen Rechtsprechung die Beweisregel des § 282 BGB im Kernbereich des ärztlichen Handelns nur ausnahmsweise angewandt. Denn der Arzt schuldet dem Patienten nicht die erfolgreiche Herstellung seiner Gesundheit, sondern lediglich das sorgfältige Bemühen um Hilfe und Heilung. Die Vorgänge im lebenden Organismus können nicht immer so beherrscht werden, dass schon der ausbleibende Erfolg oder auch ein Fehlschlag auf ein Verschulden bei der Behandlung hindeuten würden. Anderes gilt aber dann, wenn es nicht um diesen nur begrenzt steuerbaren Kernbereich ärztlichen Handelns, sondern um Risiken insbesondere aus dem Krankenhausbetrieb geht, die von dem Träger der Klinik und dem dort tätigen Personal voll beherrscht werden können. So liegen die Dinge in Bezug auf die Organisation und Koordination des Behandlungsgeschehens und den Zustand der dazu benötigten Geräte und Materialien." 46

In jenem konkret entschiedenen Fall hat der BGH dem Krankenhausträger die Beweislast dafür auferlegt, dass bei einem Sturz eines Patienten während einer vom Pflegepersonal durchgeführten Transportmaßnahme (vom Bett in den Rollstuhl) keine objektive Pflichtverletzung der Pflegekraft vorlag. 47

Wenn man die Vermeidung von Dekubitalgeschwüren durch geeignete pflegerische Maßnahmen dem voll beherrschbaren Risikobereich des Pflegeheims zuordnete, könnte man auch hier die Darlegungs- und Beweislast für das Nichtvorliegen eines objektiven Pflegefehlers und das fehlende Verschulden der Pflegekräfte der Beklagten bei dieser sehen. Dafür könnte ausgeführt werden, dass es sicher zu den aufgrund des Pflegevertrags übernommenen Aufgaben eines Heimträgers gehört, bettlägerige oder in ihrer Mobilität eingeschränkte Pflegebedürftige, bei denen erfahrungsgemäß wegen des ständigen Drucks auf bestimmte Körperstellen stets die Gefahr der Entstehung von Dekubitalgeschwüren besteht, durch sachgerechte pflegerische Betreuung - insbesondere Umlagern und Wenden - zu schützen. 48

Eine volle Umkehrung der Darlegungs- und Beweislast wäre aber wohl nur dann gerechtfertigt, wenn es sich bei dem Risiko des Auftretens derartiger Geschwüre um einen Bereich handelt, der von dem Träger eines Pflegeheims und dem dort tätigen Personal tatsächlich voll beherrscht werden kann. Der Senat neigt - jedenfalls vom theoretischen Ansatz - dazu, hier keinen in solcher Weise beherrschbaren Risiko- und Gefahrenbereich im 49

Sinne der vorstehend wiedergegebenen Rechtsprechung des BGH anzunehmen. Denn dürfte es sich hier wie im Bereich der Arzthaftung bei der Pflicht, die erforderlichen und zumutbaren Maßnahmen zur Vermeidung eines solche Geschwürs zu treffen, nicht um eine erfolgsbezogene Pflicht handeln, da auch hier Vorgänge im lebenden Organismus in Frage stehen, die eventuell nicht in ausnahmslos allen Fällen so beherrscht werden können, dass bereits der ausbleibende Erfolg auf ein Verschulden bei der Behandlung (Pflege) hindeutet. Anders als in den Fällen, in denen der BGH eine Beweislastumkehr annimmt, ist ein bettlägeriger Patient, der ein Dekubitusgeschwür erleidet, nicht durch einen per se gefährlichen Zustand im Organisationsbereich des Krankenhauses zu Schaden gekommen, wie etwa bei dem Einsatz eines nicht funktionstüchtigen Narkosegeräts oder der Verabreichung nicht steriler Infusionsflüssigkeit oder im Rahmen einer ganz konkreten Einzelmaßnahme, wie es etwa der Sturz bei einem Transport darstellt (vgl. BGH, a.a.O. sowie MünchKomm-Wagb, BGB, 4. Aufl. 2003, § 823, Rdnr. 742).

So hat denn auch der BGH in einer Entscheidung zur Haftung eines Krankenhausträgers betreffend Behandlungsfehler im Rahmen der Dekubitus- Prophylaxe (BGH NJW 1988, 762) keine solche schlechthin erfolgsbezogene Pflicht mit der Folge der Umkehrung der Beweislast beim Auftreten eines Dekubitus-Geschwürs angenommen, die Problematik vielmehr in dem auch hier zu beobachtenden Bereich der fehlenden Dokumentation (dazu unten) angesiedelt. 50

Es sieht allerdings so aus, als ob jedenfalls die medizinische Praxis vom Ansatz her durchaus strengere Maßstäbe an die Beurteilung der Vermeidbarkeit von Dekubitus-Geschwüren anlegt. Nach allgemeiner Erfahrung und insbesondere nach dem erstinstanzlich eingeholten Sachverständigengutachten ist ein Dekubitus die Folge eines zu hohen Drucks auf das Haut- und Unterhautgewebe. Der vom Landgericht bestellte Sachverständige Dr. N. hat sowohl in seinem schriftlichen Gutachten als auch bei seiner Anhörung vor dem Senat ausgeführt, dass ein Dekubitus eben deshalb grundsätzlich nie schicksalhaft auftrete, sondern stets die Folge von pflegerischen Versäumnissen, insbesondere der Bereich der Lagerung der Betroffenen sei. Seine Ausführungen decken sich mit den gutachterlichen Äußerungen des Prof. Dr. M. in dem der Entscheidung OLG Köln NJW - RR 2000, 1267, 1268 zugrunde liegenden Rechtsstreit. Wie den Gründen des Urteils des Oberlandesgerichts Köln vom 04.08.1999 zu entnehmen ist, hat Prof. Dr. M., in jenem Gutachten mit nicht zu überbietender Deutlichkeit festgestellt, dass - auch bei schwerstkranken Patienten - das Auftreten von Dekubiti immer vermeidbar sei, sei es durch häufige Umlagerung, sei es durch Eincremen oder/und aber durch Einsatz von Spezialbetten. Bei beiden Sachverständigen handelt es sich um die Leiter von geriatrischen Kliniken bzw. Abteilungen, die nach eigenem Bekunden wiederholt mit dem Auftreten von Dekubitus-Geschwüren beschäftigt waren und deren qualifizierte Kenntnisse und Erfahrungen in diesem Metier daher außer Frage stehen. Die Erfahrungen dieser beiden Gutachter könnten es nahe legen, die Darlegungs- und Beweislast auch in Dekubitus-Fällen entsprechend den Grundsätzen der Entscheidung BGH NJW 1991, 1540 f. auf die Krankenhaus- bzw. Pflegeheimträger anzuwenden. Zu einer solch weitgehenden Entlastung der Betroffenen hat der Bundesgerichtshof sich indessen bislang noch nicht verstanden. So hat er in der bereits erwähnten Entscheidung NJW 1988, 762 der Vorinstanz, die ausgeführt hatte, es gebe keinen medizinischen Erfahrungssatz, nachdem das Entstehen von Durchliege-Geschwüren ausnahmslos auf falsche oder unzureichende Vorbeugemaßnahmen zurückzuführen sei, nicht widersprochen. Der Senat sieht sich in dem hier zu beurteilenden Fall auch nicht zu einer abschließenden Entscheidung dieser Frage gehalten. Denn im Zusammenhang mit den unstreitigen bzw. aufgrund des Sachverständigengutachtens vom Landgericht getroffenen und vom Senat ergänzten Feststellungen lassen sich unter Berücksichtigung im Übrigen auch der unzulänglichen Dokumentation der Pflegemaßnahmen 51

hinlängliche Feststellungen treffen, die auf schuldhaft fehlerhafte Vorbeugemaßnahmen im pflegerischen Bereich zur Verhinderung des Dekubitus der Frau E. hindeuten.

Nach der bereits erwähnten Entscheidung des Bundesgerichtshofs NJW 1988, 762, 763 kann eine Entscheidung darüber, ob Ärzte und Pflegepersonal bei der Dekubitus-Prophylaxe und der Dekubitus-Behandlung etwas versäumt haben, grundsätzlich nicht getroffen werden, bevor nicht geklärt ist, was im Fall des Patienten bzw. Pflegebefohlenen hätte angeordnet und durchgeführt werden müssen. Dabei ist es - jedenfalls bei Risikopatienten - schon allein zur Gewährleistung der erforderlichen Prophylaxe erforderlich, in den Krankenunterlagen die ärztliche Diagnose festzuhalten, dass der Betroffene ein solcher Risikopatient ist und außerdem die ärztlichen Anordnungen zu den durchzuführenden besonderen Pflegemaßnahmen. Von einer Dokumentation der angeordneten Pflegemaßnahmen darf nach BGH NJW 1986, 2365, 2266 nur dann abgesehen werden, wenn eine allgemeine schriftliche Anweisung besteht, aus der deutlich hervorgeht, welche einzelnen prophylaktischen Maßnahmen in den Fällen des Dekubitus-Risikos unbedingt durchzuführen sind. Nach beiden BGH-Entscheidungen stellt Nachlässigkeit bei der solchermaßen erforderlichen Dokumentation ein Indiz dafür dar, dass im Krankenhaus bzw. Pflegeheim die ernste Gefahr der Entstehung von Durchliegegeschwüren nicht erkannt und die Durchführung vorbeugender Maßnahmen nicht in ausreichender Form angeordnet wurden und daher das Pflegepersonal nicht so intensiv auf die Prophylaxe geachtet hat, wie es sein sollte. Bei einer solchen Sachlage kann dem Pflegebefohlenen billigerweise nicht die volle Beweislast für die behaupteten Pflegefehler obliegen. Der Heimträger muss in solchen Fällen vielmehr die indizielle Wirkung der fehlenden Krankenblatteintragungen entkräften (BGH a. a. O. für den insoweit durchaus vergleichbaren Pflegebereich der stationären Krankenhausbehandlung).

Auch wenn die Beklagte sich im vorliegenden Rechtsstreit verständlicherweise gegen ihre Haftung wehrt, zeigen die von ihr vorgelegten Unterlagen dennoch, dass sie dies letztlich ebenso sieht. Denn die Beklagte hat für ihren Bereich durchaus Arbeitsanweisungen zur Dekubitus-Prophylaxe und Behandlung erstellt (vorgelegt mit Schriftsatz vom 1. März 2002 - GA 90 ff.), nach deren Standards auch im Falle der Frau E. gearbeitet worden sein soll. Bemerkenswert ist der bereits auf Seite 1 jenes Merkblatts enthaltene Hinweis für das Pflegepersonal. Dieser lautet:

"Jede Entstehung eines Dekubitus kann als Pflegefehler gewertet werden, es sei denn, die Pflegeperson kann nachweisen, dass sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit alles getan hat, um diesen zu vermeiden. Der hier vorliegende Plan ist daher für alle Mitarbeiter bindend. Jede Abweichung vom Plan bzw. in der Durchführung muss schriftlich begründet werden (Pflegebericht)."

Bemerkenswert daran ist, dass die Beklagte offenbar von ihrem eigenen Pflegepersonal im Innenverhältnis jene Exculpation verlangt, die sie der Klägerin als Rechtsnachfolgerin von Frau E. gegenüber im vorliegenden Rechtsstreit meint schuldig bleiben zu können. Das hier eingeholte Sachverständigengutachten verhält sich denn auch mit Recht kritisch zum Umfang der von der Beklagten vorgelegten Dokumentation. Nach Dafürhalten des Senats ist insbesondere die Phase nach dem Abheilen des ersten Dekubitus vom 4. August 1998 bis zur Feststellung des durchaus schon entwickelten neuen Dekubitus am 24.08.1998 ("Gesäß sieht schlecht aus," Gutachten Seite 183); Zeugin Dr. G. vor dem Landgericht: "25.08. beginnender Dekubitus" - GA 109) so gut wie nicht dokumentiert, was aber eben wegen des früheren Dekubitus und des zunehmenden Versagens des am 07./08.08. bereits eingelegten Blasenkatheters mit Inkontinenz besonders nötig gewesen wäre. Die fehlende bzw. unzulängliche Dokumentation für diese Zeit hat der Sachverständige Dr. N. in seinem

Gutachten auf den Seiten 5, 12 f., 20 (Fragen 2 und 3), 21 und 22 anschaulich dargestellt. Auf Bl. 22 hat er z. B. bemängelt, dass die Frequenz des Umlagerns nicht hinlänglich ersichtlich sei. Obwohl ab dem hier ohne Zweifel eingetretenen zweiten Grad eines Durchliegegeschwürs nach dem eigenen Hinweisblatt der Beklagten ein Pflegeplan erstellt und der Pflegebericht ggf. den Umständen angepasst werden muss, hat der Sachverständige die Existenz einer solchen Pflegeplanung nicht feststellen können. Auf Seite 22 seines Gutachtens wird die Antwort der Pflegeleiterin auf seine entsprechende Frage mit dem Bemerkten wiedergegeben, eine solche Pflegeplanung sei zu jener Zeit im Heim üblicherweise nicht schriftlich festgehalten worden. Pflegemaßnahmen finden sich gerade zur kritischen Vorphase des Wochenendes vom 22./23. August, in der der neue Dekubitus offenbar begünstigt durch die zum 21./22. August festgehaltenen Umstände ("nachts eingenässt, Beine über Bettgitter, wenig im Urin im Beutel") entstanden ist, überhaupt nicht dokumentiert (Gutachten S. 21). Auch wurde ungeachtet des ersten Dekubitus entgegen den Ausführungen des Sachverständigen keine sog. Wechsellagermatratze sondern lediglich eine Weichlagerungsmatratze eingesetzt, obwohl eine solche Wechsellagermatratze gerade das bei Dekubituspatienten notwendige häufigere Umlagern regelmäßig reduzieren, wenn auch nicht vermeiden kann. (Gutachten Seite 21 und Berichterstattevermerk S. 3). Gerade angesichts des früheren Dekubitus war es nach Auffassung des Senats erforderlich, Frau E. ständiger Beobachtung zu unterziehen und insbesondere die Dokumentation auf die entscheidende "Kausalphase" Gutachten S. 189) nach dem 21. August zu erstrecken. Was am 22./23.08. zur Vermeidung eines neuen Dekubitus an Pflegeleistungen erbracht wurde, bleibt so im Dunkeln. Die Pflege wurde offenbar - so die Vermutung des Sachverständigen auf S. 27 seines Gutachtens - wie vorher fortgesetzt. Festzuhalten bleibt abschließend, dass nach den vor dem Senat vertieften Angaben des Sachverständigen auf S. 28 seines Gutachtens eine frühzeitige Lagerung auf einer Wechsellagermatratze bei den ersten Anzeichen eines neuen Dekubitus dessen Verlauf in dem eingetretenen Ausmaß verhindert hätte und dass auch bei den Pflegemaßnahmen die Problematik des Einnässens trotz liegendem Katheter nicht ausreichend berücksichtigt worden ist. Insoweit wäre nach den Angaben des Sachverständigen die Erhöhung der Frequenz des Vorlagenwechsels mit entsprechendem Umlagern - erforderlich geworden, wobei das Umlagern nötigenfalls 2-stündlich (Berichterstattevermerk S. 4) oder gar stündlich (Gutachten S. 28) hätte erfolgen müssen. Diese Feststellungen des Sachverständigen tragen seine im schriftlichen Gutachten getroffene Gesamtbewertung, wonach der Dekubitus durch einen Pflegefehler verursacht worden ist.

Das Verhalten des Pflegepersonals, welches sich die Beklagte als Heimträgerin nach § 278 BGB zurechnen lassen muss, war auch schuldhaft, nämlich fahrlässig. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt (§ 276 Abs. 1 Satz 2 BGB a. F.). Wenn die Beklagte die Auffassung vertritt, an einem schuldhaften Verhalten ihres Pflegepersonals in diesem Sinne fehle es, weil die Sorgfaltsanforderungen nur an solchen Maßstäben gemessen werden dürften, die im Pflegealltag eines Pflegeheims angesichts der knappen finanziellen und personellen Ressourcen auch verwirklicht werden könnten, was hier nicht der Fall gewesen sei, vermag der Senat ihr nicht zu folgen. Denn damit bemisst die Beklagte die Anforderungen zu gering, die an das Merkmal der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt angelegt werden müssen. Der Senat verkennt nicht, dass der Sachverständige seine Einschätzung zur generellen Vermeidbarkeit von Druckgeschwüren mit der Aussage relativiert hat, es müsse bezweifelt werden, ob die Voraussetzungen, einen Dekubitus auf jeden Fall zu vermeiden, mit dem in der Heimpflege möglichen Aufwand zu leisten seien. So sei insbesondere "unter Zugrundelegung der üblichen Verfahren", die an Wochenenden einem Heim zur Verfügung stünden, nicht zu erkennen, ob das Heim eine Unterlassung begangen habe. Zwar sei jeder Dekubitus ein Pflegefehler. Realistisch sei aber nicht zu

erkennen, dass z. B. eine Schwester ein schuldhaftes Unterlassen begangen habe. In dieser Einschätzung vermag der Senat allerdings auch dem Sachverständigen nicht zu folgen. Abweichend von Strafrecht gilt nämlich im Bürgerlichen Gesetzbuch kein individueller, sondern ein auf die allgemeinen Verkehrsbedürfnisse ausgerichteter objektiv-abstrakter Sorgfaltsmaßstab (BGH NJW 2000, 2812, 2813 und NJW 2001, 1786 f. für das Arzthaftungsrecht). Es kommt daher nicht darauf an, welche Fähigkeiten, Möglichkeiten bzw. Ressourcen das hier betroffene Pflegeheim bzw. deren Pflegepersonal besaßen; Maßstab für das Verschulden ist vielmehr, welche Sorgfalt von einem Schuldner in der Lage der Beklagten ganz allgemein erwartet werden kann. Das Maß und der Umfang der von ihm zu verlangenden Sorgfalt bestimmt sich dabei nach der Größe der übernommenen Gefahr und ist weitgehend abhängig von der Verkehrserwartung (BGH NJW 1991, 1537). Diesen Maßstab hat das Landgericht durchaus zutreffend gewählt, indem es an den Erwartungshorizont eines durchschnittlichen Pflegebefohlenen abgestellt hat. Pflegebefohlene wählen den Aufenthalt im Pflegeheim oder werden dorthin verbracht, weil sie sich bei den notwendigen Verrichtungen des Alltags in aller Regel nicht mehr selbst helfen und schützen können. Das gilt angesichts der vorgeschilderten Erkrankung insbesondere für die hier betroffene schwer demente und inkontinente Frau E.. Die Erwartungen, die solche Patienten an ein Pflegeheim stellen, laufen berechtigterweise darauf hinaus, dass ihre körperliche Integrität und Gesundheit, soweit sie sich mit pflegerischen Mitteln überhaupt bewerkstelligen bzw. erhalten lässt, erhalten bleibe. Allein daran und nicht etwa an den möglicherweise fehlenden Ressourcen eines Pflegeheims ist der geschuldete Pflegestandard zu messen.

Der Senat verkennt nicht, dass eine derartige Rechtsprechung in den Augen der Betroffenen, etwa des Pflegepersonals oder der Heimträger, leicht in die Gefahr geraten kann, als vom wahren Leben abgehoben und weltfremd zu gelten. Solcher Kritik sei entgegengehalten, dass es bei der Fahrlässigkeitshaftung nach § 276 BGB nicht um einen persönlichen Schuldvorwurf an die betroffenen Pfleger, sondern um die Gewährleistung objektiv notwendiger Standards geht, die aus der berechtigten Sicht des Vertragspartners erforderlich sind, seine Interessen zu wahren. Das Gericht ist der Anwendung des geltenden Rechts verpflichtet. Die hier in die Diskussion gebrachte "Ressourcen-Diskussion" könnte als ein den Sorgfaltsmaßstab beeinflussendes Kriterium im Bereich der konkreten Rechtsanwendung nur dann berücksichtigt werden, wenn sich in diesem Zusammenhang bereits eine Verkehrsauffassung (auch der Betroffenen) gebildet hätte, welche darauf hinausläufe, dass gerade auch die Betroffenen selbst ihre eigenen Interessen generell der "knappen Ressource Gesundheitsvorsorge" angepasst hätten. Zwar sieht es so aus, als seien solche Überlegungen auf Dauer unvermeidlich. Ihr Ergebnis kann indessen nach Auffassung des Senats nicht durch eine vom geltenden Gesetz gelöste Rechtsanwendung vorweg genommen werden. 57

Der Senat wäre ohnehin auch nicht bereit, den bloßen Hinweis auf die "knappe Ressource Pflegekraft" seitens des wegen Sorgfaltspflichtverletzung verklagten Heimträgers ohne nähere Substantiierung zum Anlass zu nehmen, den Sorgfaltsmaßstab einengend auszulegen. Die Partei, die in die knappe Ressource als Instrument ihrer Haftungsbeschränkung ins Feld zu führen sucht, wäre vielmehr gehalten, den behaupteten Engpass nachvollziehbar zu substantiieren. Jedenfalls daran fehlt es im vorliegenden Fall. Es mögen allgemeine Erfahrungswerte zugrunde liegen, wenn der Sachverständige Dr. N. formuliert hat, unter Zugrundelegung der üblichen Verfahren, die an Wochenenden einem Heim zur Verfügung stünden, sei nicht zu erkennen, ob das Heim eine Unterlassung begangen habe. Wenn die Beklagte in ihrem Schriftsatz vom 1. Juni 2004 unter Hinweis darauf geltend macht, von ihren Pflegekräften sei unter Berücksichtigung des allgemeinen 58

Pflegestandards und der Interessen auch der anderen Heimbewohner praktisch eine bessere Versorgung der Frau E. nicht möglich gewesen, ergeht sie sich in Gemeinplätzen, ohne ihre Ressourcensituation tatsächlich zu substantiieren. Sie setzt sich überdies in Widerspruch zu ihrem erstinstanzlichen Vorbringen im Schriftsatz vom 1. März 2002, mit dem sie die von ihr ihren Alteneinrichtungen zur Verfügung gestellten Arbeitsanweisungen zur Dekubitusphylaxe und Behandlung übermittelt und vorgetragen hat, nach diesen pflegerischen Standards sei im Falle der Frau E. tatsächlich gearbeitet worden. Eben dies war offensichtlich nicht der Fall.

Die Beklagte kann sich zur Vermeidung ihrer Haftung auch nicht auf (fehlende) Anordnungen der Hausärztin von Frau E. mit Erfolg berufen. Denn diese wurde erst nach Entstehung des Geschwürs eingeschaltet. Dass die Behandlung mit Betaisadona-Salbe geeignet war, derartige Geschwüre zur Abheilung zu bringen, dürfte zwischen den Parteien unstrittig sein. Es mag sein, dass sich die Sorgfaltsanforderungen an das Pflegepersonal verringern, wenn die Behandlung in Absprache mit dem Arzt erfolgt. Insbesondere soweit der Arzt eine bestimmte Medikation für ausreichend und geeignet hält, wird man eine objektive Pflichtverletzung des Pflegepersonals für diesen Bereich verneinen können, weil das Pflegepersonal insoweit keine überlegene Sachkunde besitzt und sich daher - wenn es sich nicht um offensichtlich fehlerhafte Anordnungen handelt - hierauf verlassen darf. Für den eigentlichen pflegerischen Bereich, wie etwa das Umlagern und Hygienemaßnahmen gilt allerdings etwas anderes. Hier wird das Personal eines Pflegeheims - eventuell anders als an einem Krankenhaus - in eigener Verantwortung tätig und kann sich daher nicht darauf berufen, dass insoweit konkrete Anordnungen des konsultierten Hausarztes fehlten. Das gilt umso mehr in Ansehung der Existenz des Merkblatts zur Dekubitus-Prophylaxe. Da - wie ausgeführt - die Versäumnisse allein im Bereich unzulänglicher Lagerung und Hygienemaßnahmen festzustellen waren, stellt sich die Frage einer Haftungseinschränkung unter diesen Gesichtspunkten hier nicht. 59

Ein eventuelles Mitverschulden der Ärztin bei der Behandlung des bereits aufgetretenen Geschwürs ist andererseits der Klägerin nicht gemäß §§ 254, 278 BGB als anspruchsminderndes Mitverschulden anzurechnen. Das gleiche gilt für eine etwaige fehlerhafte Behandlung des Geschwürs bei dem ersten Krankenhausaufenthalt der Frau E. im Philippusstift. Insoweit gelangt der Grundsatz zur Anwendung, dass die vom Geschädigten mit der Schadensbeseitigung beauftragten Personen nicht in Erfüllung einer gegenüber dem Geschädigten bestehenden Verbindlichkeit tätig sind. Der vom Verletzten hinzugezogene Arzt wird daher nicht als dessen Erfüllungshilfe angesehen (vgl. Palandt-Heinrichs, BGB, 63. Aufl., § 278, Rdnr. 66 f. m. w. Nachw.). Dafür dass hier besonderes grobe Fehlleistungen der behandelnden Ärzte vorliegen, die den adäquaten Ursachenzusammenhang unterbrechen würden, hat die Beklagte keine ausreichenden Anhaltspunkte vorgetragen und solches ergibt sich auch nicht aus den Behandlungs- und Pflegeberichten der Klinik. Das Verhalten Frau E., das die Entstehung des Geschwürs begünstigt und die Wundheilung erschwert hat und möglicherweise erst den operativen Eingriff erforderlich gemacht hat, kann ihr wegen ihrer - zwischen den Parteien unstrittigen - Schuldunfähigkeit im Sinne des § 827 S. 1 BGB nur gemäß §§ 254, 829 BGB zugerechnet werden. Da Haftungs begründung und Haftungs begrenzung korrespondieren, ist § 829 BGB im Rahmen des § 254 BGB entsprechend anwendbar (BGHZ 37, 106; NJW 1973, 1795). Es entspricht hier aber bereits deshalb nicht der Billigkeit, Frau E. - und über § 404 BGB der Klägerin ein Mitverschulden entgegenzuhalten, weil die Aufnahme in die stationäre Heimpflege gerade dazu diente, Frau E. vor einem auf ihrem Krankheitsbild und ihrem damit einhergehenden Verhalten beruhenden Risiko, wie es sich hier verwirklicht hat, zu bewahren. Überdies dürfte die Beklagte haftpflichtversichert sein. Besteht eine Haftpflichtversicherung, scheidet eine Anwendung der §§ 254, 829 BGB in der Regel aus (Palandt-Heinrichs, a.a.O., Rdnr. 13). 60

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 91, 97 Abs. 1 ZPO.	61
Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit hat ihre Rechtsgrundlage in §§ 708 Nr. 10, 713 ZPO.	62
Ein Grund, die Revision zuzulassen, ist nicht gegeben.	63
