
Datum: 26.09.2019
Gericht: Oberlandesgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 8. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 8 U 2/16
ECLI: ECLI:DE:OLGD:2019:0926.8U2.16.00

Vorinstanz: Landgericht Duisburg, 2 O 167/13

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 14.12.2015 verkündete Urteil der 2. Zivilkammer des Landgerichts Duisburg unter Zurückweisung der weitergehenden Berufung teilweise abgeändert und insgesamt wie folgt neu gefasst:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 7.606,00 € und vorgerichtliche Anwaltskosten in Höhe von 457,91 € jeweils nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 14.05.2013 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen die Klägerin zu 81 % und die Beklagte zu 19 %.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der jeweilige Vollstreckungsschuldner darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund dieses Urteils gegen ihn vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht der jeweilige Vollstreckungsgläubiger vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Gründe:

A

1

2

3

Die Klägerin macht gegen die Beklagte Schadensersatz wegen behaupteter ärztlicher Fehlbehandlung ihres verstorbenen Ehemanns K. H. S. (im Folgenden: Patient), dessen Alleinerbin sie ist, geltend.

Der am 29.12.1936 geborene Patient wurde am 01.11.2008 nach Aspiration von Nahrung notfallmäßig im Krankenhaus der Beklagten eingeliefert. Dort starb er am folgenden Morgen an den Folgen eines Herzinfarkts. 4

Die Klägerin hat geltend gemacht, der Patient sei nach der Einlieferung in das Krankenhaus der Beklagten 45 Minuten lang unbehandelt geblieben. Weder während der Wartezeit noch später sei er hinreichend mit Sauerstoff versorgt worden. Dies und die Verzögerung der notwendigen Absaugung hätten zu dem später erlittenen Herzinfarkt und schließlich zum Tod des Patienten geführt. Seit dem Tod ihres Ehemannes leide sie unter Weinkrämpfen, Einsamkeit, Wutanfällen und Hilflosigkeit sowie häufigen Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfällen und finanziellen Ängsten. Sie hat aus ererbtem Recht ein angemessenes Schmerzensgeld, das 30.000 € nicht unterschreiten sollte, und aus eigenem Recht ein solches, das 5.000 € nicht unterschreiten sollte, geltend gemacht. Ferner hat sie den Ersatz von 5.674 € Beerdigungskosten und den Ersatz vorgerichtlicher Anwaltskosten in Höhe von 745,42 € begehrt. 5

Die Beklagte hat Versäumnisse bestritten. Sie hat geltend gemacht, der Patient sei an einer vorbestehenden Herzerkrankung gestorben. Sein Tod sei schicksalhaft gewesen. 6

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung internistischer Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. E. und Dr. G.. Mit Urteil vom 14.12.2015 hat es die Klage abgewiesen. Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin, mit der sie ihr erstinstanzliches Begehren weiterverfolgt. 7

Sie wiederholt ihren erstinstanzlichen Sachvortrag und macht überdies sinngemäß geltend, dem sich im Krankenhaus der Beklagten ankündigenden Herzinfarkt sei nicht (rechtzeitig) begegnet worden. Die vom Landgericht eingeholten Gutachten hält sie für nicht verwertbar und meint, es sei deshalb ein Gutachten eines anderen Sachverständigen einzuholen. 8

Die Klägerin beantragt sinngemäß, 9

das Urteil der 2. Zivilkammer des Landgerichts Duisburg vom 14.12.2015, 2 O 167/13, abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 10

- 1. 5.674 € zzgl. vorgerichtlicher Anwaltskosten in Höhe von 745,42 € jeweils nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 27.12.2012 und 1112

- 2. ein angemessenes Schmerzensgeld nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 27.12.2012 13

zu zahlen. 14

Die Beklagte beantragt, 15

die Berufung zurückzuweisen. 16

17

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Vernehmung des Zeugen B. und Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. E.. Wegen des Ergebnisses wird auf das Sitzungsprotokoll vom 14.11.2016 (GA 833 f.) nebst Berichterstattervermerk (im Folgenden: BEV) vom 17.11.2016 (GA 839 ff.), das Sitzungsprotokoll vom 22.06.2017 (GA 899 f.) nebst BEV vom 21.07.2017 (GA 902 ff.), die gutachterliche Stellungnahme vom 16.01.2019 (GA 1204) und das Sitzungsprotokoll vom 25.02.2019 (GA 1216 f.) nebst BEV vom 25.03.2019 (GA 1221 ff.) verwiesen. 18

Wegen aller weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die in beiden Rechtszügen gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die Sitzungsniederschriften sowie das angefochtene Urteil Bezug genommen. 19

B 20

Die zulässige Berufung der Klägerin ist in dem tenorierten Umfang begründet und im Übrigen unbegründet. 21

I. Der Klägerin steht aus ererbtem Recht des Patienten wegen dessen fehlerhafter Behandlung gegen die Beklagte ein Schmerzensgeld von 2.000 € zu. 22

1. Als behandlungsfehlerhaft ist anzusehen, dass der Patient nicht spätestens nach Ablauf von zehn Minuten nach dem am Aufnahmetag um 15.33 Uhr aufgezeichneten EKG, zumindest aber nach Ablauf von zehn Minuten nach dem um 15.37 Uhr vorliegenden Laborergebnis unverzüglich auf den nächsten freien (im Krankenhaus der Beklagten vorhandenen) Katheterplatz verbracht worden ist. Diese Beurteilung beruht auf den überzeugenden (§ 286 ZPO) Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. E. vor dem Senat. 23

a) Nach den Ausführungen des Sachverständigen deutete die am Aufnahmetag um 15.07 Uhr durchgeführte Röntgenaufnahme der Brust darauf hin, dass etwas mit dem Herzen nicht in Ordnung war (vgl. BEV vom 25.03.2019, Seite 1 = GA 1221). Bei einem EKG wie dem dann um 15.33 Uhr aufgezeichneten gehe es darum, eine Ischämie des Herzens auszuschließen. Werde ein EKG für indiziert gehalten und geschrieben, müsse die Aufzeichnung, auch wenn die klinische Symptomatik primär keinen Herzinfarkt nahegelegt habe, vom Arzt in einem sinnvollen Zeitraum befundet werden; lege artis sei dies ein Zeitraum von zehn Minuten (vgl. BEV a.a.O., Seite 2 = GA 1222). Aus dem EKG habe sich ein hochgradiger Verdacht auf einen Herzinfarkt ergeben (vgl. gutachterliche Stellungnahme vom 16.01.2019 = GA 1204). Dementsprechend hat auch der das EKG auswertende Arzt ein „pathologisches“ Ergebnis dokumentiert und dort unter „Bemerkungen“ niedergelegt: „Posteriorinfarkt möglich“ und differentialdiagnostisch „Vorderwandischämie“ (vgl. GA 219). 24

Selbst wenn der Patient nicht schon allein wegen des sich aus dem EKG ergebenden Verdachts unverzüglich hätte kathetert werden müssen, hätte bei einem solchen Verdacht der Arzt zumindest das Laborergebnis innerhalb von zehn Minuten nach dessen Vorliegen zu sehen bekommen müssen (vgl. BEV a.a.O., Seite 4 = GA 1224). Die Auswertung des Labors lag aber, wie die Prozessbevollmächtigte der Beklagten im Senatstermin am 25.02.2019 klargestellt hat, um 15.37 Uhr zur Befundung vor (vgl. BEV a.a.O., Seite 11 = GA 1231). Nimmt man die EKG- und die Laborwerte zusammen, so handelt es sich nach den Ausführungen des Sachverständigen per definitionem um einen Herzinfarkt (vgl. BEV a.a.O.); bei einer solchen Diagnose müsse der Patient sofort auf den nächsten freien Katheterplatz 25

verbracht werden (vgl. BEV a.a.O., Seite 5 = GA 1225).

Allerdings haben der Sachverständige Prof. Dr. E. und die Sachverständige Dr. G. in ihren erstinstanzlichen Gutachten ausgeführt, dass die EKG- und die Laborwerte eine Monitorüberwachung des Patienten gerechtfertigt hätten (vgl. „Stellungnahme zu 3“, GA 210); eine Katheter-Untersuchung ist in den Gutachten nicht erwähnt. Diesen Gegensatz zu seiner zweitinstanzlichen Äußerung hat der Sachverständige jedoch plausibel damit erklärt, dass bei der Begutachtung in erster Instanz das EKG nicht genügend berücksichtigt worden sei; bei Bewertung der EKG-Aufzeichnung gälten seine Ausführungen vor dem Senat (vgl. BEV a.a.O., Seiten 9 f. = GA 1229 f.). Zusammen mit den Laborwerten von 15.37 Uhr, die erst mit dem Schriftsatz der Beklagten vom 25.08.2017 (GA 990 ff.) zur Akte gereicht worden sind, gilt dies erst recht. 26

b) Entgegen dem vorbezeichneten ärztlichen Standard ist die Katheter-Untersuchung tatsächlich nicht spätestens gegen 16.00 Uhr, sondern erst um 18.13 Uhr begonnen worden (vgl. Arztbrief der Beklagten vom 30.08.2011, Seite 2 = GA 137, und hierzu BEV a.a.O., Seite 5 = GA 1225). In der Person des Patienten liegende Gründe – etwa ein schlechter, noch näher abzuklärender Allgemeinzustand bereits vor dem gegen 16.30 Uhr eingetretenen Kammerflimmern – oder sonstige die Verzögerung rechtfertigende Gründe sind weder vorgetragen, noch lassen sie sich sonst feststellen (vgl. hierzu auch BEV a.a.O., Seite 9 = GA 1229). 27

2. Es ist davon auszugehen, dass der vorbezeichnete Behandlungsfehler zu dem am Aufnahmetag um 16.30 Uhr aufgetretenen Kammerflimmern und schließlich zum Tod des Patienten geführt hat. 28

Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre (vgl. BGH, Urteil vom 02.07.2013 – VI ZR 554/12 –, juris Rn. 11 m. w. N., jetzt § 630h Abs. 5 BGB). Diese Voraussetzungen liegen hier vor; der deshalb von den Beklagten zu führende Beweis eines fehlenden Kausalzusammenhangs zwischen der fehlerhaften Behandlung und den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsfolgen ist nicht erbracht. 29

Im Einzelnen: 30

a) Die spätestens um 15.43 Uhr (EKG) bzw. 15.47 Uhr (Labor) ärztlich auszuwertenden Ergebnisse haben, so sie überhaupt rechtzeitig ausgewertet worden sind, oder hätten, so sie nicht rechtzeitig ausgewertet worden sind, mit hinreichender (mehr als 50%iger) Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht, das zu einer weiteren Maßnahme, nämlich zum schnellstmöglichen Kathetern, Anlass gab oder gegeben hätte. Die danach gebotene unverzügliche Herzkatheter-Untersuchung stellt zunächst einmal wiederum eine Befunderhebung dar, wie der Sachverständige Prof. Dr. E. ausgeführt hat (vgl. BEV vom 25.03.2019, Seite 7 = GA 1227). Diese Untersuchung hätte die aus dem Arztbrief vom 30.08.2011 (GA 136) ersichtliche koronare Dreifäßerkrankung, insbesondere eine hochgradige ostiumnahe RCA-Stenose ergeben (vgl. BEV a.a.O., Seite 8 = GA 1228). Es liegt auf der Hand, dass auf diesen lebensbedrohlichen Befund im Rahmen der Herzkatheter-Untersuchung (so auch tatsächlich später geschehen) hätte reagiert werden müssen und das 31

Unterlassen einer solchen Reaktion angesichts des lebensbedrohlichen Befunds grob fehlerhaft gewesen wäre, wie es sich auch aus den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. E. sinngemäß ergibt. Dies wird bestätigt durch die weitere Äußerung des Sachverständigen, dass es, wenn ein Katheterplatz frei ist und Fachärzte zur Verfügung stehen, nicht verständlich (nach Ampelfarben im roten Bereich) ist, wenn ein Patient mit der hier zu stellenden Diagnose nicht sofort auf den Katheterplatz kommt (vgl. BEV vom 25.03.2019, Seite 9 = GA 1229). In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige auch bereits bei seiner Anhörung am 22.06.2017 ausgeführt, dass auf EKG- und Laborbefunde, wie sie hier vorlagen bzw. zu erwarten waren, zwingend hätte reagiert werden müssen und eine fehlende Reaktion grob fehlerhaft gewesen wäre (vgl. BEV vom 21.07.2017, Seite 25 = GA 926).

b) Die verspätete Durchführung der Katheter-Untersuchung war grundsätzlich geeignet, die bei dem Patienten am Aufnahmetag ab 16.30 Uhr eingetretenen Gesundheitsfolgen und den am nächsten Morgen eingetretenen Tod herbeizuführen. Denn nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. E. vor dem Senat hätte das Kammerflimmern wahrscheinlich vermieden, jedenfalls aber besser behandelt werden können, wenn der Patient bereits gegen 16.00 Uhr auf dem Katheterplatz gewesen wäre (vgl. BEV a.a.O., Seiten 9 und 13 = GA 1229 und 1233), und hätte ein möglichst frühzeitiges Kathetern die Überlebenschance des Patienten vergrößert (vgl. BEV vom 21.07.2017, Seiten 18 ff. = GA 919 ff., sowie sinngemäß BEV vom 25.03.2019, Seite 13 = GA 1233). 32

Davon, dass die Gesundheitsfolgen nicht anders gewesen wären, wenn der Patient fehlerfrei behandelt worden wäre, kann danach nicht ausgegangen werden, auch wenn der Sachverständige weiter ausgeführt hat, dass der Herzinfarkt mit nahezu 100%iger Wahrscheinlichkeit mindestens bereits mehrere Stunden im Gange gewesen sei, als das EKG um 15.33 Uhr aufgezeichnet worden sei (vgl. BEV vom 25.03.2019, Seiten 3 f. = GA 1223 f.). Entscheidend bleibt die Einschätzung des Sachverständigen, dass das Outcome des Patienten besser gewesen wäre, wenn er (unabhängig davon, wie lange der Herzinfarkt zu diesem Zeitpunkt bereits im Gange war) vor dem Kammerflimmern kathetert worden wäre; dass der Patient aufgrund des bereits laufenden Herzinfarkts ohnehin keine Chance mehr gehabt hätte, könne man nicht sagen (vgl. BEV a.a.O., Seiten 9 und 12 = GA 1229 und 1233). 33

3. Als Schmerzensgeld ist unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen und der sich aus der Behandlungsdokumentation ergebenden Umstände ein Betrag in Höhe von 2.000 € angemessen, aber auch ausreichend. 34

a) Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes hat der Senat insbesondere berücksichtigt, dass sich einerseits der Zustand des durch die vorangegangene Aspirationspneumonie und den bereits im Gange befindlichen Herzinfarkt bereits geschwächten Patienten durch das gegen 16.30 Uhr aufgetretene – vermeidbare (siehe oben Ziffer 2) – Kammerflimmern weiter verschlechtert hat, andererseits der Patient bereits am Folgetag gegen 07.30 Uhr verstorben ist. Dabei ist davon auszugehen, dass der Patient die Verschlechterung seines Zustands und den damit verbundenen Geschehensablauf teilweise miterlebt hat. Allerdings sind schmerzensgeldrelevante Umstände, die unter Berücksichtigung der intensivmedizinischen und operativen Versorgung ein höheres Schmerzensgeld als 2.000 € rechtfertigen, nicht hervorgetreten. Der Tod als solcher ist nach geltendem Recht für das Schmerzensgeld ohne Relevanz. Auch das Maß des den behandelnden Ärzten vorzuwerfenden Verschuldens steht bei der Abwägung zur Höhe des Schmerzensgeldes regelmäßig nicht im Vordergrund, so dass nach der Rechtsprechung des Senats allein ein grober Fehler noch nicht 35

schmerzensgelderhöhend ist. Maßgeblich bei der Bemessung des Schmerzensgeldes in Arzthaftungssachen ist nicht die Genugtuungs-, sondern die Ausgleichsfunktion des Schmerzensgeldes, weil bei einem – auch fehlerhaft handelnden – Arzt regelmäßig das Bestreben im Vordergrund steht, dem Patienten zu helfen, und nicht, diesem Schaden zuzufügen (vgl. Senat, Urteil vom 29.08.2003 – I-8 U 190/01 –, juris Rn. 40). Besonderheiten bietet der vorliegende Sachverhalt insoweit nicht.

b) Nicht schmerzensgelderhöhend sind die von der Klägerin geltend gemachten Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der sonstigen Versorgung des Patienten im Krankenhaus der Beklagten. Denn insoweit sind Fehler nicht zu erkennen. 36

aa) Die Behauptung der insoweit beweispflichtigen Klägerin, dass der Patient nach der Einlieferung in das Krankenhaus 45 Minuten lang unversorgt geblieben sei, ist nicht bewiesen. Nach der Beweisaufnahme lässt sich weder rekonstruieren, wann genau (um 13.46 Uhr oder später) der Patient eingeliefert worden ist, noch hat sich die Behauptung der Klägerin bestätigt, dass der Patient bis um 14.29 Uhr nicht versorgt worden sei. 37

Im Einsatzprotokoll des Rettungssanitäters, des Zeugen B., der den Patienten in das Krankenhaus gebracht hatte, ist vermerkt, dass der Einsatzort (X., Straße) um 13.46 Uhr verlassen und die Übergabe des Patienten im Krankenhaus zur selben Uhrzeit erfolgt seien (vgl. Anlage K 3 = GA 47). Das kann, wie auch der Zeuge B. eingeräumt hat (vgl. BEV vom 17.11.2016, Seite 3 = GA 841), nicht stimmen. Welche der beiden Zeiten unrichtig ist, konnte der Zeuge indessen nicht mehr sagen (vgl. BEV a.a.O.). Zum Procedere konnte er lediglich angeben, dass die normale Fahrtzeit vom Einsatzort bis zum Krankenhaus rund zehn Minuten betrage und der Patient in der Krankenhausambulanz üblicherweise vom Pflegepersonal oder einem Arzt übernommen werde und ein kurzes Übernahmegespräch stattfinde. Wann er selbst das Krankenhaus wieder verlassen hatte, konnte er nicht mehr sagen (vgl. BEV Seite 5 = GA 843). Demnach steht lediglich fest, dass der Patient frühestens um 13.46 Uhr eingeliefert worden ist. 38

Die auf dem Patientenetikett vermerkte Aufnahmeuhrzeit (14.29 Uhr) bedeutet, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt formal im Krankenhaus aufgenommen, das heißt angemeldet worden ist. Sie lässt jedoch entgegen der Ansicht der Klägerin nicht den Rückschluss zu, dass er im Krankenhaus vorher nicht versorgt worden war. Das folgt aus den plausiblen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. E. (vgl. BEV vom 21.07.2017, Seite 1 = GA 902). 39

bb) Auch Fehler bei der Sauerstoffversorgung des Patienten, die nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. E. erst ab dem Zeitpunkt wichtig war, ab dem hinreichende Anzeichen für den Herzinfarkt vorlagen (vgl. BEV vom 21.07.2017, Seite 4 = GA 905), lassen sich nicht feststellen. Nach der Behandlungsdokumentation der Beklagten war zunächst eine Aspirationspneumonie diagnostiziert worden, was der Sachverständige als korrekt beurteilt hat (vgl. BEV vom 21.07.2017, Seiten 6 und 20 = GA 907/921). Ferner ist der Patient abgesaugt und die – kontinuierliche (vgl. BEV vom 21.07.2017, Seite 3 = GA 904) – Gabe von vier Litern Sauerstoff angeordnet worden. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die tatsächliche Sauerstoffgabe unzureichend war, gibt es nicht. Im Übrigen hätte sich nach der Einschätzung des Sachverständigen an den Chancen des Patienten mit oder ohne die Gabe von Sauerstoff nichts geändert (vgl. BEV a.a.O., Seite 20 = GA 921). 40

cc) Schließlich sind auch sonstige Fehler nicht zu erkennen. Insbesondere hätte nicht früher als tatsächlich geschehen ein EKG durchgeführt werden müssen. Nach den plausiblen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. E. erforderte die durch den klinischen 41

Untersuchungsbefund hinreichend belegte Diagnose einer Aspirationspneumonie nicht die sofortige Durchführung einer EKG-Untersuchung. Eine klinische Symptomatik, die den Verdacht auf einen Herzinfarkt hätte begründen können, habe bei der Untersuchung des Patienten in der Notaufnahme nicht vorgelegen (vgl. BEV a.a.O., Seiten 2 und 6 = GA 903/907).

4. Zur Einholung eines Gutachtens eines anderen Sachverständigen besteht nach alldem 42
kein Anlass. Der medizinische Sachverhalt ist aufgrund der Beweisaufnahme im
Berufungsverfahren mit der Anhörung des Sachverständigen umfassend aufgeklärt; die
Rügen der Klägerin betreffend die erstinstanzliche Beweisaufnahme sind insoweit überholt.
Soweit die Klägerin beanstandet, dass das schriftliche Gutachten (GA 208 ff.) von Dr. G.
erstellt worden ist, ist diese zudem durch Beschluss des Landgerichts vom 18.02.2015
nachträglich (vgl. zu dieser Möglichkeit BGH, Urteil vom 08.01.1985 – VI ZR 15/83 –, juris Rn.
20) ebenfalls zur Sachverständigen bestellt worden (GA 326 f.). Außerdem hat sich der
Sachverständige Prof. Dr. E. die Ausführungen von Dr. G. mit schriftlicher Erklärung vom
30.06.2014 (GA 249) ausdrücklich zu eigen gemacht (vgl. in diesem Zusammenhang BGH,
Urteil vom 28.06.1972 – IV ZR 51/71 –, BeckRS 1972 30399044 letzter Absatz).

II. Ein Schmerzensgeldanspruch aus eigenem Recht steht der Klägerin gegen die Beklagte 43
nicht zu.

Die Zuerkennung einer Entschädigung für das der Klägerin durch den Tod ihres Ehemannes 44
zugefügte seelische Leid gemäß § 844 Abs. 3 BGB kommt nicht in Betracht, da diese
Vorschrift gemäß Art. 229 § 43 EGBGB erst auf Schadensfälle nach dem 22.07.2017
Anwendung findet.

Bei Schadensfällen, die – wie hier – früher eingetreten sind, kommt ein selbständiger 45
Schmerzensgeldanspruch von Hinterbliebenen nur dann in Betracht, wenn diese einen
Schockschaden mit Krankheitswert erlitten haben. Das ist dann der Fall, wenn das Miterleben
des Todes eines nahen Angehörigen oder die Nachricht vom Tod medizinisch erfassbare
Auswirkungen gehabt hat, die über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinausgehen,
denen nahe Angehörige in einer solchen Situation erfahrungsgemäß ausgesetzt sind (vgl.
BGH, Urteil vom 10.02.2015 – VI ZR 8/14 –, juris Rn. 9; Urteil vom 13.01.1976 – VI ZR 58/74
–, juris Rn. 26; auch im Fall fehlerhafter ärztlicher Behandlung, vgl. BGH, Urteil vom
21.05.2019 – VI ZR 299/17 –, juris Rn. 7 f.). Diese Voraussetzungen ergeben sich aus dem
Vorbringen der insoweit darlegungspflichtigen Klägerin nicht.

Zum einen trägt sie allgemeine psychische Beeinträchtigungen wie Trauer und Schmerz vor, 46
die pathologisch nicht fassbar sind, zumal sich die Klägerin nach eigener Angabe nicht in
psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befunden hat (vgl.
Sitzungsprotokoll vom 30.06.2016, Seite 2 = GA 771). Zum anderen bringt sie physiologische
Störungen wie Erbrechen, Durchfälle und Schlafstörungen sowie Kopfschmerzen vor, die
einen ersatzfähigen Gesundheitsschaden hier nicht begründen. Nach allgemeiner Erkenntnis
und Erfahrung stört ein starkes negatives Erlebnis, das Empfindungen wie Schmerz, Trauer
und Schrecken hervorruft, regelmäßig nicht nur seelische Funktionen, sondern auch
physiologische Abläufe in oft sehr empfindlicher Weise. Darin liegt jedoch noch kein
Gesundheitsschaden in dem hier notwendigen Ausmaß. Nur wenn dieser einen
„schockartigen“ Eingriff in medizinischem Sinn darstellt, kann er die Grundlage für einen
Schadensersatzanspruch bilden (vgl. BGH, Urteil vom 13.01.1976 – VI ZR 58/74 –, juris Rn.
27). Dass die Klägerin einen Gesundheitsschaden in diesem streng zu nehmenden Sinn (vgl.
BGH a.a.O., Rn. 29) erlitten hat, insbesondere ein traumatisches Erleben in der notwendigen
außergewöhnlichen Schwere auf sie eingewirkt hat (vgl. BGH, Urteil vom 10.02.2015 – VI ZR

8/14 –, juris Rn. 20), ergibt sich aus ihrem Vorbringen nicht. Hinzu tritt, dass sie selbst nicht behauptet, sich wegen der vorgetragenen körperlichen Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben zu haben (vgl. hierzu BGH, Urteil vom 13.01.1976 – VI ZR 58/74 –, juris Rn. 29 am Ende).

III. Zu ersetzen hat die Beklagte der Klägerin die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beerdigung entstandenen Kosten (§ 844 Abs. 1 BGB). Die hiernach ersatzfähigen Kosten belaufen sich auf 5.606,00 € (Rechnung des Bestattungsunternehmens A. vom 05.12.2008 über zu berücksichtigende 2.687,00 € – dazu sogleich –, Rechnung der Firma Naturstein C. vom 23.11.2008 über 1.499,00 € und Gebührenbescheid der Friedhofsverwaltung vom 07.11.2008 über 1.420,00 €). 47

Soweit die Beklagte die in der Rechnung A. enthaltene Einzelposition von 425,42 € netto für die Kosten der Einsargung usw. beanstandet, greift ihre Einwendung nur teilweise durch. Die in der angegriffenen Position enthaltene Kostenpauschale für die Vermittlung von Zeitungsanzeigen und Dankkarten ist entgegen der Ansicht der Beklagten ersatzfähig (vgl. Röthel in Staudinger, BGB, Neubearbeitung 2015, § 844 Rn. 62 m. w. N.; Küppersbusch/Höher, Ersatzansprüche bei Personenschäden, 11. Aufl. 2013, Rn. 452 m. w. N.). Nicht ersatzfähig sind aber, wie von der Beklagten zutreffend geltend gemacht, die unter der vorgenannten Position ebenfalls genannten Kosten für „Anschieben an Krankenkasse, Lebensversicherung und Rententräger“, da diese nicht unmittelbar durch die Beerdigung entstanden oder untrennbar mit ihr verbunden gewesen sind (vgl. hierzu Röthel a.a.O., Rn. 54). Diese Kosten schätzt der Senat angesichts des schlichten Nachrichtencharakters der Schreiben auf $3 \times 5,00 \text{ €} = 15,00 \text{ €}$. 48

Von der in der Rechnung des Bestattungsunternehmens A. ausgewiesenen „Gesamtsumme“ von 2.754,62 € ist ferner der in der Rechnung ausgewiesene (bei der Berechnung des von der Klägerin zu zahlenden Betrags berücksichtigte) Nachlass in Höhe von 52,62 € abzuziehen, so dass $2.754,62 \text{ €} - 15 \text{ €} - 52,62 \text{ €} = 2.687 \text{ €}$ verbleiben. 49

Die in der Rechnung ausgewiesene Zahlung der Z. in Höhe von 2.272,00 € berührt den Ersatzanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten hingegen nicht; insbesondere hat die Zahlung nicht zu einem Forderungsübergang (§ 86 Abs. 1 Satz 1 VVG) auf den Versicherer geführt. Dieser setzt nämlich voraus, dass es sich um eine Schadensversicherung handelt; auf eine Summenversicherung ist die Vorschrift nicht anwendbar (vgl. Voit in Bruck/Möller, VVG, 9. Aufl. 2009, § 86 VVG Rn. 17 ff., 20). Aus dem von der Klägerin vorgelegten Versicherungsschein ergibt sich aber, dass es sich um eine Summenversicherung handelt. Denn danach ist im Todesfall abhängig von der Dauer der Versicherungszeit eine bestimmte Quote der garantierten Versicherungssumme zu leisten. 50

IV. Zu ersetzen sind schließlich auch die geltend gemachten vorgerichtlichen Anwaltskosten der Klägerin, soweit sie entsprechend dem Obsiegen nach einem Streitwert von bis zu 8.000 € entstanden sind. Danach errechnet sich der zuerkannte Betrag von 457,91 € (364,80 € geltend gemachte 0,8-Geschäftsgebühr zzgl. 20,00 € Auslagenpauschale zzgl. 73,11 € Umsatzsteuer). 51

V. Verzugszinsen in der geltend gemachten Höhe kann die Klägerin (erst) ab dem 14.05.2013 verlangen (§§ 286, 288 Abs. 1 BGB). Durch das Anwaltsschreiben der Klägerin vom 22.11.2012 (Anlage K13 = GA 60 ff.), mit dem der Haftpflichtversicherer der Beklagten lediglich zur Anerkennung der Haftung dem Grunde nach aufgefordert worden ist, ist Verzug nicht begründet worden. Dieser ist jedoch dadurch eingetreten, dass der Haftpflichtversicherer der Beklagten, dessen Erklärung sich die Beklagte zurechnen lassen 52

muss, mit Schreiben vom 13.05.2013 (Anlage K15 = GA 66) die Haftung ernsthaft und endgültig abgelehnt hat (§ 286 Abs. 2 Nr. 3 BGB).

C	53
Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 97 Abs. 1, 92 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergeht nach §§ 708 Nr. 10, 711, 709 Satz 2 ZPO.	54
Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO nicht vorliegen.	55
Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf bis zu 40.674 € festgesetzt.	56
