
Datum: 13.11.2013
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Beschluss
Aktenzeichen: 3 U 152/12
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2013:1113.3U152.12.00

Vorinstanz: Landgericht Siegen, 2 O 339/10

Tenor:

Der Senat weist nach Vorberatung darauf hin, dass beabsichtigt ist, die Berufung des Klägers durch einstimmigen Senatsbeschluss gemäß § 522 Abs. 2 S. 1 ZPO zurückzuweisen.

Es besteht Gelegenheit zur Stellungnahme binnen 2 Wochen ab Zustellung dieses Beschlusses.

Gründe:

I.

Der Kläger ist der Sohn und Alleinerbe des am #####2010 verstorbenen Herrn F, geb. #####1921. Er nimmt die Beklagte aus eigenem und übergegangenem Recht auf Schmerzensgeld und Ersatz des materiellen Schadens in Anspruch wegen einer behaupteten fehlerhaften Behandlung seines verstorbenen Vaters am 7. und 8.4.2010 im B-Hospital in B2. Die Beklagte ist Träger dieses Krankenhauses.

Herr F wurde zunächst am 6.4.2010 von seinem Hausarzt mit der Diagnose eines Durchgangssyndroms ins B-Hospital eingewiesen. Der Kläger, in dessen Haushalt Herr F lebte, gab dort bei der prästationären Untersuchung an, sein Vater sei seit 2 bis 3 Tagen akut verwirrt, desorientiert, zuletzt auch aggressiv gewesen und habe die Essens- und Flüssigkeitsaufnahme verweigert. Bei Herrn F bestanden zu diesem Zeitpunkt ein hirnorganisches Psychosyndrom bei Alzheimer-Demenz, eine Parkinsonerkrankung, eine fortgeschrittenen Niereninsuffizienz, ein chronisches Vorhofflimmern sowie eine chronische Anämie. Das ihm verordnete Parkinsonmedikament Madopar, welches nur oral verabreicht werden kann, hatte er seit dem 4.4.2010 nicht mehr eingenommen. Bei der Untersuchung am

1

2

3

4

6.4.2010 zeigte sich Herr F ruhiger und trank einen Becher Wasser aus. Eine stationäre Aufnahme erfolgte an diesem Tage nicht, die Gründe hierfür sind streitig.

Am Morgen des 7.4.2010 kam Herr F erneut mit einem Durchgangssyndrom zur Aufnahme in der Medizinischen Klinik des B-Hospitals. Bei der Aufnahmeuntersuchung zeigten sich u.a. ein deutlich reduzierter Allgemeinzustand, eine agitierte Psyche, ein verminderter Hautturgor sowie eine reduzierte Feuchtigkeit, eine altersentsprechende Verminderung der groben Kraft sowie ein verstärkter Rigor. Ein Tremor oder eine Sprachstörung lagen nicht vor. Im Patientenstammblatt wurden eine sehr eingeschränkte Beweglichkeit sowie eine eingeschränkte Kommunikation vermerkt, Herr F war zu diesem Zeitpunkt bettlägerig. Ausweislich des Pflegeberichts konnte er auch mit Hilfe nicht mehr richtig stehen und wirkte völlig teilnahmslos. 5

Am 7.4.2010 erfolgte jedenfalls wegen der bestehenden leichten Exsikkose eine intravenöse Flüssigkeitsersatztherapie mit 2 x 500 ml Sterofundin. Weiterhin erhielt Herr F über die Infusion möglicherweise auch Ciatyl-Tropfen. 6

Am Morgen des 8.4.2010 ordnete der Oberarzt Dr. L zunächst an, dem Patienten per Infusion das Medikament PK-Merz mit dem Wirkstoff Amantadin zu verabreichen. Diese Anordnung wurde in der Folge jedoch nicht umgesetzt. Stattdessen wurde zunächst versucht, Herrn F das Medikament Madopar oral dadurch zu verabreichen, dass es ihm zermörsert und mit Joghurt vermischt gefüttert wurde. Dies gelang jedoch nicht, da Herr F nicht schluckte. 7

Da aus seiner Sicht der Eintritt einer sog. Parkinsonkrise drohte, ordnete Dr. L daraufhin die Gabe des Medikaments über eine Magensonde an. Der Versuch, die Sonde durch die Nase legen, musste jedoch abgebrochen werden, da Herr F die Sonde nicht schluckte und sie daher nur bis in den Rachenraum geführt werden konnte. Etwa 10 Minuten später erfolgte wegen einer gravierenden Ateminsuffizienz und Verschleimung der Atemwege eine Absaugung des Schleims. Streitig ist, ob es bereits hierbei bei Herrn F zu einem plötzlichen Atemstillstand mit einem Zusammenbruch des Herz-Kreislauf-Systems kam, oder - so der Vortrag des Klägers - ob anschließend noch ein zweiter erfolgloser Versuch, eine Magensonde zu legen, unternommen wurde, und es erst hierdurch zum Atemstillstand kam. Jedenfalls blieb ein Reanimationsversuch ohne Erfolg, so dass Herr F verstarb. 8

Der Kläger hat erstinstanzlich im Wesentlichen geltend gemacht, es sei behandlungsfehlerhaft gewesen, dass sein Vater die notwendigen Medikamente zur Behandlung der Parkinsonerkrankung nicht erhalten habe. Infolge der unzureichenden Medikation sei es zu einer Verschlechterung der Parkinsonsymptomatik i.S. einer Parkinsonkrise gekommen. Bei rechtzeitiger Medikamentengabe wäre das Legen der Magensonde nicht erforderlich geworden, da Herr F dann in der Lage gewesen wäre, Nahrung und Flüssigkeit auf oralem Wege zu sich zu nehmen. Zudem habe die Verschlechterung der Parkinsonsymptomatik zu der Verschleimung des Rachenraumes und damit zur Notwendigkeit der Absaugung des Schleims geführt. Weiter hat der Kläger die Auffassung vertreten, dass die Einholung eines neurologischen Gutachtens notwendig sei, da der gerichtlich bestellte Sachverständige als Facharzt für Innere Medizin nicht über die notwendige Sachkunde zur Beurteilung der Wechselwirkung zwischen der Parkinsonerkrankung und der unterbliebenen Gabe der Parkinsonmedikamente verfüge. 9

In dem nicht nachgelassenen Schriftsatz vom 28.8.2012 hat er erstmalig behauptet, entgegen den Ausführungen des Sachverständigen habe eine Parkinsonkrise bei seinem Vater bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme am 7.4.2010 um 10.00 Uhr bestanden. Dieser sei vollständig eingesteift gewesen. Er sei infolge dessen nicht in der Lage gewesen, sich zu bewegen, zu 10

entäußern oder Nahrungsmittel zu sich zu nehmen. Die Einstiefung habe sogar schon am Vortag, dem 6.4.2010, bestanden, sei aber von der Ärztin Frau Dr. I nicht erkannt worden. Die Symptome der Parkinsonkrise seien auch in den Krankenunterlagen der Beklagte dokumentiert, was der Sachverständige bei seiner Begutachtung übersehen habe.

Wegen des weiteren erstinstanzlichen Sachvortrags der Parteien sowie der erstinstanzlich gestellten Anträge wird auf den Tatbestand der angefochtenen Entscheidung verwiesen. 11

Das Landgericht hat die Klage nach Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. M, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin des C-Hospitals C2, nebst mündlicher Erläuterung im Kammertem am 24.8.2012, und persönlicher Anhörung der Parteien abgewiesen. Zur Begründung ist ausgeführt: Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme sei weder ein Behandlungs- noch ein Aufklärungsfehler festzustellen. Dem Patienten seien nicht in behandlungsfehlerhafter Weise notwendige Medikamente vorenthalten worden. Dieser sei nicht mehr in der Lage gewesen, das Medikament Madopar oral zu sich zu nehmen. Daher sei auch die Entscheidung zu versuchen, eine Magensonde anzulegen, nach dem Urteil des Sachverständigen sachgerecht gewesen. Die Sonde habe der Gabe des Medikaments Madopar dienen sollen, nicht der Ernährung des Patienten. Auch stelle es keinen Fehler dar, dass dem Patienten das Medikament PK-Merz letztlich nicht intravenös verabreicht worden sei. Dieses hätte aufgrund seiner typischen Nebenwirkungen zu einer Verstärkung des ohnehin bestehenden Durchgangssyndroms führen können. Zudem sei nach den Ausführungen des Sachverständigen auch nicht feststellbar, dass die Verschleimung, die zur Absaugung geführt habe, auf der Verschlechterung der Parkinsonsymptomatik beruhe. Der Sachverständige habe dargelegt, dass im Falle von Herrn F weitere Ursachen in Betracht kämen, nämlich die Beeinträchtigung der Schluckfunktion oder eine Infektion, auf welche die Erhöhung des CRP-Wertes hinweise. Es könne daher kein kausaler Zusammenhang zwischen der unterbliebenen intravenösen Gabe des Medikaments PK-Merz und dem Notwendigwerden des Absaugens festgestellt werden. 12

Eine vorherige Aufklärung über die Risiken des Absaugens zur Entfernung des Schleims sei nicht geboten gewesen. Der Sachverständige habe nachvollziehbar dargelegt, dass eine akut bedrohliche Situation vorgelegen habe und es sich damit um eine basale, notfallmäßige und lebensrettende Therapie gehandelt habe. Insoweit sei von einer „hypothetischen“ Einwilligung auszugehen. 13

Das Vorbringen des Klägers in dem nicht nachgelassenen Schriftsatz sei nach § 296a ZPO wegen Verspätung unbeachtlich. 14

Hiergegen richtet sich die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, mit der dieser seine erstinstanzlich gestellten Anträge weiterverfolgt. Er greift die erstinstanzliche Entscheidung in folgenden Punkten an: 15

Das Landgericht habe verfahrensfehlerhaft den Sachvortrag im Schriftsatz vom 28.8.2012 unberücksichtigt gelassen. Zum einen handle es sich letztlich nicht um neuen Sachvortrag, da die aufgezeigten Widersprüche zwischen der Dokumentation und den Ausführungen des Sachverständigen bereits anhand der mit der Klageschrift vorgelegten Krankenunterlagen zu erkennen seien. Zum anderen sei in Medizinschadenssachen nach einer mündlichen Anhörung des Sachverständigen den Parteien stets eine angemessene Äußerungsfrist von im Regelfall einem Monat einzuräumen. 16

Der Sachverständige habe ausgeführt, dass er keinerlei Hinweise auf eine Parkinsonkrise habe feststellen können. Aus den Krankenunterlagen ergebe sich jedoch, dass eine 17

Parkinsonkrise bereits bei Aufnahme vorgelegen und fortbestanden habe. Festgehalten sei, dass der Verstorbene bei Aufnahme völlig teilnahmslos gewesen sei und trotz Hilfe nicht mehr habe stehen können. Ärztlicherseits sei in der Dokumentation für den 8.4.2010, 10.00 Uhr vermerkt: "[...] bei beg. Parkinsonkrise plus Exsikkose". Der Bericht der Beklagten vom 1.6.2010 nenne als Untersuchungsbefund für den Aufnahmetag einen verstärkten Rigor. Tatsächlich sei der Verstorbene bereits am 6.4.2010 vollkommen eingesteift gewesen. Eine Parkinsonkrise habe schon vom 6.4. oder 7.4.2010 an vorgelegen und sei eskaliert. Dem hätte seitens der Beklagten deutlich früher entgegen gewirkt werden müssen. Hierzu hätten verschiedene weitere Medikamente zur Verfügung gestanden, die parenteral hätten gegeben werden können. Wäre die Krise sofort therapiert worden, so hätte der Verstorbene wieder schlucken und seine Medikamente selbständig einnehmen können. Der Anlage einer Magensonde hätte es nicht bedurft. Auch die Verschleimung der Atemwege sei bei rechtzeitiger Verabreichung der Parkinson-Medikamente vermeidbar gewesen.

Der Kläger beantragt, 18
abändernd 19

1. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger Schadensersatz i.H.v. 10.367,31 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 26.09.2010 zu zahlen, 20

2. die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld, jedoch nicht unter 11.000 €, nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 26.09.2010 zu zahlen, 21

3. festzustellen, dass die Beklagte dem Kläger für alle materiellen Schaden haftet, der ihm aus der fehlerhaften Behandlung seines Vaters F im April 2010 noch entsteht. 22

II. 23

Die zulässige Berufung des Klägers gegen das am 14.09.2012 verkündete Urteil der 2. Zivilkammer des Landgerichts Siegen hat offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg. Auch erscheint eine mündliche Verhandlung nicht geboten. Denn die weitere Rechtsverfolgung hat für den Kläger, auch wenn es sich um eine Arzthaftungssache handelt, keine existentielle Bedeutung. 24

Einer weiteren Sachverhaltsaufklärung bedarf es zu den Punkten, die Gegenstand der Berufung sind, aus nachfolgenden Gründen nicht. Die mit der Berufung erhobenen Beanstandungen zeigen keine Anhaltspunkte auf, die Zweifel an der Richtigkeit und Vollständigkeit der entscheidungserheblichen Tatsachen sowie der vom Landgericht vorgenommenen Beweiswürdigung rechtfertigen. 25

1. Das Landgericht hat einen Behandlungsfehler seitens der Beklagten, der ursächlich für den Tod des Erblassers geworden wäre, verneint. Die gegen diese Feststellung mit der Berufung vorgetragene Angriffe rechtfertigen keine andere Beurteilung. 26

a) Dabei ist aufgrund der Ausführung des Sachverständigen davon auszugehen, dass der Patient den reflektorischen Herz-Kreislauf- und Atemstillstand nicht bei dem Versuch, eine Magensonde zu legen, erlitten hat, sondern, wie von Beklagtenseite vorgetragen und in den Krankenunterlagen dokumentiert, beim Absaugen des Schleims aus den Atemwegen. 27

Der Sachverständige hat dargelegt, dass der erste Versuch, eine Magensonde zu legen, aufgrund des zeitlichen Abstandes nicht ursächlich für den reflektorischen Herz-Kreislauf- 28

und Atemstillstand sein könne. Komme es infolge des Legens einer Magensonde oder beim Absaugen zu einem reflektorischen Stillstand, trete dieser sofort auf und nicht erst nach einer Weile.

Erstinstanzlich hat der Kläger zwar bei seiner persönlichen Anhörung behauptet, zum Zusammenbruch seines Vaters sei es erst gekommen, als man einen zweiten Versuch, eine Magensonde zu legen, mit einem härteren Schlauch unternommen habe. Einen Beweis für diese von Beklagtenseite bestrittene Behauptung hat er jedoch weder in erster Instanz noch mit der Berufung angetreten mit der Folge, dass von dem im Einklang mit den Krankenunterlagen stehenden Vortrag der Beklagten auszugehen ist, das Absaugen des Schleims habe zum Herz-Kreislauf- und Atemstillstand geführt. 29

b) Das Absaugen des Schleimes stellt für sich betrachtet ebenfalls keinen Behandlungsfehler dar. Der Sachverständige hat diesbezüglich ausgeführt, dass es sich um eine basale, notfallmäßige und im allgemeinen lebensrettende Therapie handelt. Die Verschleimung der Atemwege begründet nämlich ihrerseits die Gefahr eines reflektorischen Herz-Kreislauf- und Atemstillstands. Dafür, dass die Absaugung in fehlerhafterweise durchgeführt worden wäre, ist nichts erkennbar und wird auch vom Kläger nicht behauptet. 30

c) Weiterhin lässt sich aber auch nicht feststellen, dass die Verschleimung der Atemwege erst durch eine fehlerhafte Behandlung des Patienten verursacht worden ist. 31

aa) Der Kläger wiederholt mit der Berufung seine bereits erstinstanzlich aufgestellte Behauptung, die Verschleimung sei auf die Exazerbation der Parkinson-Symptomatik zurückzuführen gewesen und wäre bei rechtzeitiger Verabreichung der Parkinson-Medikamente vermeidbar gewesen. Ein solcher Kausalzusammenhang kann auf der Grundlage der erstinstanzlich erfolgten Beweisaufnahme indes nicht festgestellt werden. 32

Der Sachverständige hat zwar ausgeführt, dass ein sich verschlechterndes Parkinsonsyndrom bei Medikamentenunterbrechung durchaus als Ursache der Verschleimung denkbar sei. Er hat jedoch weiter dargelegt, dass vorliegend auch andere Ursachen ernsthaft in Betracht kommen: Als häufigste Ursache für eine Verschleimung hat der Sachverständige eine Infektion benannt und darauf hingewiesen, dass aufgrund des erhöhten CRP-Wertes bei Herrn F vom Vorliegen einer solchen Infektion auszugehen war. Zudem kann eine vermehrte Verschleimung nach den Ausführungen des Sachverständigen auch Nebenwirkung eines Medikaments oder Folge einer Beeinträchtigung der Schluckfunktion sein. Letztere hat beim Patienten unstreitig vorgelegen. Die Beeinträchtigung der Schluckfunktion ihrerseits ist wiederum nicht eindeutig auf eine Verstärkung der Parkinson-Symptomatik zurückzuführen. Diese stellt – wie der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung ausgeführt hat - zwar eine typische Folge der Parkinsonerkrankung dar. Der Sachverständige hat aber auch dargelegt, dass weitere Ursachen in Betracht zu ziehen sind, insbesondere die bei Herrn F ebenfalls gegebene – und mittels der Infusionen auch behandelte - Exsikkose. 33

Der Sachverständige hat weiterhin darauf hingewiesen, dass Herr F bereits vor dem 7.4.2010 u.a. das Medikament ACC 600 (1/2 – 0 – 0), einen Schleimlöser, erhalten hat, und dies als Hinweis darauf gewertet, dass bereits vor dem hier streitgegenständlichen Geschehen ein Grund für die Gabe dieses Medikaments vorgelegen hat. 34

Bei dieser Sachlage kann nicht festgestellt werden, dass die Verschleimung, deren Absaugung zum tödlichen Herz-Kreislauf- und Atemstillstand geführt hat, ursächlich gerade auf eine Verschlechterung der Parkinsonsymptomatik infolge der 35

Medikamentenunterbrechung zurückzuführen war.

Die Beweislast für die von ihm behauptete Kausalität trägt jedoch nach allgemeinen Grundsätzen der Kläger. 36

bb) Zu seinen Gunsten greift auch keine Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs. Eine solche käme nur in Betracht, wenn auf Seiten der Beklagten ein Behandlungsfehler feststellbar wäre, der zugleich als grob zu qualifizieren wäre (vgl. BGH, NJW 2004, 2011). Insoweit stellt sich vorliegend ersichtlich allein die Frage, ob es einen solchen groben Behandlungsfehler darstellt, dass dem Patienten nicht schon zu einem früheren Zeitpunkt wieder Medikamente zur Behandlung seiner Parkinsonerkrankung zugeführt worden sind. Dies ist jedoch zu verneinen, da sich insoweit schon keine fehlerhafte Vorgehensweise seitens der Behandler feststellen lässt und mithin erst recht kein grober Behandlungsfehler. 37

(1) Der Sachverständige hat Fehler der Behandlungsseite bei der medikamentösen Behandlung von Herrn F nicht feststellen können. Hierzu hat er ausgeführt, dass die Entscheidung am Morgen des 8.4.2010, nunmehr zur Fortführung der Vormedikation mit Madopar eine Magensonde zu legen, sachgerecht und geeignet gewesen sei, einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten in Richtung Parkinsonkrise entgegen zu wirken. Eine parenterale, d.h. intravenöse, Zufuhr war nach Beurteilung des Sachverständigen nicht vorzuziehen. Der Sachverständige hat zwar in seinem schriftlichen Gutachten auch ausgeführt, dass die intravenöse Gabe von PK-Merz (Amantadin) zusätzlich oder überbrückend hilfreich gewesen wäre. Hieraus lässt sich jedoch nicht folgern, dass das Unterbleiben behandlungsfehlerhaft gewesen wäre. Der Sachverständige hat die Gabe lediglich als „hilfreich“ eingestuft, nicht jedoch als zwingend indiziert. Bei der mündlichen Erläuterung hat er zudem ergänzend darauf hingewiesen, dass die Gabe von PK-Merz nicht unproblematisch gewesen wäre, da dieses Nebenwirkungen aufweise, die das beim Patienten ohnehin bestehende Durchgangssyndrom noch hätten verstärken können. 38

(2) Eine klinische Symptomatik, die Anlass hätte geben können, bereits zu einem früheren Zeitpunkt den Versuch zu unternehmen, die Einnahme der Parkinsonmedikamente zu erzwingen, hat der Sachverständige nicht feststellen können. Bereits in seinem schriftlichen Gutachten hat er darauf hingewiesen, dass über die pflegerischerseits festgehaltenen Bewegungseinschränkungen und die Kontaktarmut hinausgehende neurologische Symptome nicht dokumentiert seien. Hinweise auf eine Entgleisung des Parkinsonsyndroms – unkontrollierter Tremor, erhöhter Muskeltonus, mimische Starre, Akinesie, Hypersalivation - ließen sich weder dem klinischen Aufnahmebefund noch den pflegerischen Aufzeichnungen entnehmen. Ebenso seien Zeichen einer Parkinson-Krise – besonders ausgeprägter Rigor, völlige Akinesie, hohes Fieber - nicht gegeben gewesen. Nach Beurteilung des Sachverständigen hat bei Herrn F insgesamt eher eine leichtgradige Erscheinung der Parkinson-Erkrankung vorgelegen. 39

Der Vorwurf der Berufung, der Sachverständige habe bei seiner Urteilsbildung die Krankenunterlagen nicht hinreichend ausgewertet, was das Landgericht bereits unabhängig vom Vortrag im nicht nachgelassenen Schriftsatz vom 28.8.2012 habe erkennen müssen, ist unzutreffend. 40

Der Sachverständige nimmt vielmehr ausdrücklich Bezug auf die im Stammbblatt, dem Pflegebericht und der Checkliste zur Sturzrisikoermittlung enthaltenen Angaben - auf die sich auch der Kläger für seine Behauptungen stützt - zu Bettlägrigkeit, Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit und Kontaktarmut des Patienten. Auch der im Arztbrief vom 1.6.2010 als 41

Befund bei der körperlichen Untersuchung festgehaltene verstärkte Rigor stellt die Beurteilung des Sachverständigen nicht in Frage. Die Muskelsteifigkeit ist ein typisches Symptom der Parkinsonerkrankung, von deren Vorliegen der Sachverständige ausgegangen ist. Der Sachverständige hat dargelegt, dass erst ein besonders ausgeprägter Rigor – für den sich aus der Dokumentation aber keine weiteren Anhaltspunkte ergeben - ein Hinweis auf eine Entgleisung des Parkinsonsyndroms oder eine Parkinson-Krise gewesen wäre.

Wenn ärztlicherseits für den Todeszeitpunkt am 8.4.2010 gegen 10.00 Uhr eine „beginnende Parkinsonkrise“ vermerkt ist, so belegt dies gerade, dass eine solche Krise nicht, wie vom Kläger behauptet, schon früher, nämlich bereits am 6.4.2010 oder zumindest bei Aufnahme am 7.4.2010 vorgelegen hat. 42

Die jetzige Behauptung des Klägers, sein Vater sei bereits am 6.4.2010 vollständig eingesteift gewesen, steht im Übrigen in klarem Widerspruch zu dem Umstand, dass der Verstorbene am 6.4.2010 noch in der Lage war, ein Glas Wasser vollständig auszutrinken, mithin zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal eine Schluckstörung vorgelegen haben kann. 43

Aber auch für den 7.4.2010 findet die Behauptung, Herr F sei so eingesteift gewesen, dass er nicht in der Lage gewesen sei, sich zu bewegen oder sich zu entäußern, keine Bestätigung in den Krankenunterlagen. Dokumentiert ist lediglich eine eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, keineswegs eine vollständige Bewegungsunfähigkeit im Sinne einer völligen Akinese. Gegen eine solche sprechen insbesondere auch die weiteren Einträge im Pflegebericht für den 7.4.2010: Für 19.00 Uhr ist vermerkt, dass Herr F um 19.00 Uhr zum Abendbrot auf der Bettkante gesessen und sein Sohn, der Kläger, ihm beim Essen geholfen habe. Für 22.15 Uhr ist festgehalten, dass der Patient sich am linken Unterarm verletzt habe, was auf Bewegungen des Armes schließen lässt. Bei der körperlichen Untersuchung war – ausweislich des Berichts vom 1.6.2010 - schließlich immerhin noch die Beurteilung möglich, dass beim Patienten die grobe Kraft altersentsprechend vermindert war. 44

Ausweislich der Angaben im Stammbblatt war der Patient auch ansprechbar, eine Kommunikation eingeschränkt möglich. Im Arztbericht vom 1.6.2010 ist als Befund bei der körperlichen Untersuchung festgehalten, dass keine Sprachstörungen bestanden hätten, was ebenfalls den Rückschluss zulässt, dass Herr F zum Zeitpunkt der Untersuchung noch äußerungsfähig war. Hierzu steht es nicht im Widerspruch, dass der Patient im Pflegebericht als völlig teilnahmslos beschrieben wird. Hieraus folgt nicht, dass der Patient sich auch auf Anstoß von außen nicht geäußert hätte. 45

(3) Soweit der Kläger erstmals in dem nicht nachgelassenen Schriftsatz vom 28.8.2012 Beweis für seine Behauptung antritt, sein Vater sei bereits am 6.4., jedenfalls aber bei Aufnahme am 7.4.2010 vollkommen eingesteift gewesen, und hierfür mehrere Zeugen benennt, ist er mit diesem Vorbringen gem. § 531 ZPO ausgeschlossen. 46

(a) Das Landgericht hat diesen Vortrag zu Recht nach § 296a S. 1 ZPO als verspätet unberücksichtigt gelassen. 47

Nach dieser Vorschrift können Angriffs- und Verteidigungsmittel nach Schluss der mündlichen Verhandlung, auf die das Urteil ergeht, nicht mehr vorgebracht werden. Die Ausnahmefälle nach § 296a S. 2 ZPO i.V.m. §§ 139 Abs. 5, 283 ZPO lagen hier offensichtlich nicht vor. Auch die Voraussetzungen, unter denen nach § 156 Abs. 2 ZPO eine Wiedereröffnung der Verhandlung geboten war, waren nicht gegeben. Näherer Erörterung bedarf daher allein, ob eine Wiedereröffnung auf der Grundlage nach § 156 Abs. 1 ZPO notwendig gewesen war. Dies war jedoch nicht der Fall. 48

- Nach der Rechtsprechung des BGH ist im Arzthaftungsprozess den Parteien unter dem Blickwinkel des rechtlichen Gehörs dann Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, wenn der medizinische Sachverständige in seinen mündlichen Ausführungen neue und ausführlichere Beurteilungen gegenüber dem bisherigen schriftlichen Gutachten abgegeben hat. Dabei sind auch Ausführungen in einem nicht nachgelassenen Schriftsatz zur Kenntnis zu nehmen und die mündliche Verhandlung wieder zu eröffnen, sofern die Ausführungen Anlass zu weiterer tatsächlicher Aufklärung geben (BGH, VersR 2001, 722; NJW-RR 2011, 428). 49
- Diese Voraussetzungen waren im vorliegenden Fall, was die entscheidungserhebliche Frage, ob bei dem Patienten während der Behandlung am 6. bis 8.4.2010 eine Parkinsonkrise bzw. eine Dekompensation der Parkinsonerkrankung vorlag, jedoch nicht gegeben. Der Sachverständige hatte bereits in seinem schriftlichen Gutachten ausführlich begründet, warum nach seiner Beurteilung diese Frage zu verneinen ist. Seine Ausführungen in der mündlichen Verhandlung am 24.8.2010 enthalten insoweit keine neuen oder auch nur ausführlicheren Beurteilungen, die es erfordert hätten, dem Kläger die Gelegenheit zu geben, sich gegebenenfalls sachverständig beraten zu lassen und nochmals Stellung nehmen zu können. 50
- Das schriftliche Gutachten lag dem Kläger bereits am 5.3.2012 vor. Mit Schriftsatz vom 13.3.2012 hat er Einwendungen gegen das Gutachten erhoben und die Ladung des Sachverständigen zur mündlichen Verhandlung beantragt. Es ist kein Grund dafür erkennbar, warum der Kläger nicht bereits zu diesem Zeitpunkt, jedenfalls aber rechtzeitig vor der mündlichen Verhandlung am 24.8.2012, in der Lage gewesen ist, im Hinblick auf die vom Sachverständigen gemachten Ausführungen zum Vorliegen einer Parkinsonkrise seinen Vortrag zu ergänzen und die Zeugen, wie dann im Schriftsatz vom 28.8.2012 geschehen, zu benennen. 51
- Bei dieser Sachlage bestand für das Landgericht keine Pflicht, wieder in die mündliche Verhandlung einzutreten. 52
- (b) Da das Landgericht den Vortrag des Klägers nach Schluss der mündlichen Verhandlung somit in zutreffender Anwendung des § 296a ZPO nicht mehr berücksichtigt hat, kann dieses Vorbringen nur noch unter den Voraussetzungen des § 531 Abs. 2 ZPO im Berufungsrechtszug geltend gemacht werden (OLG Saarbrücken, OLG Report Saarbrücken 2003, 179; Zöller/Greger, ZPO, 29. Aufl., § 296a Rn. 3; Hk-ZPO/Wöstmann, 5. Aufl., § 531 Rn. 6). Dass es bei Herrn F im Zeitraum von der Aufnahme am Morgen des 7.4.2010 bis zu seinem Versterben überhaupt zu einer Parkinsonkrise gekommen ist, hat die Beklagte bereits mit der Klageerwidlung bestritten. Für die Zulassung dieses Vorbringens im Berufungsverfahren kommt es mithin darauf an, ob die Voraussetzungen der § 531 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 ZPO erfüllt sind. 53
- Dies ist jedoch nicht der Fall. Wie bereits dargelegt, beruht die Nichtberücksichtigung des Vortrags nicht auf einem Verfahrensmangel, die Voraussetzungen nach § 296a ZPO hierfür lagen vor. Es handelt sich auch nicht um einen Gesichtspunkt, den das Landgericht erkennbar übersehen oder für unerheblich gehalten hätte. Schließlich steht der Beachtung des Vorbringens auch § 531 Abs. 2 Nr. 3 ZPO entgegen, weil der verspätete Vortrag auf Nachlässigkeit, d.h. einfacher Fahrlässigkeit des Klägers beruht, wobei er sich ein Verschulden seines Prozessbevollmächtigten zurechnen lassen muss. Wie bereits dargelegt, gab bereits das schriftliche Gutachten dem Kläger hinreichend Anlass, ergänzend zum Vorliegen einer Parkinsonkrise vorzutragen und für seine Behauptungen Beweis anzutreten. Dem Kläger wäre es auch ohne weiteres möglich gewesen, den im Schriftsatz vom 28.8.2012 enthaltenen Vortrag in erster Instanz rechtzeitig vor der mündlichen Verhandlung in das 54

Verfahren einzubringen.

(4) Der Sachverständige hat sich schließlich auch mit der Frage auseinander gesetzt, ob - auch ohne das Bestehen klinischer Symptome - allein der Umstand, dass der Patient nach den vom Kläger mitgeteilten Informationen bereits seit dem 4.4.2010 seine Parkinsonmedikamente nicht mehr genommen hatte, eine frühere Erzwingung der Medikamenteneinnahme erfordert hätte. 55

Dies hat der Sachverständige im Ergebnis verneint, da er zu der Beurteilung gelangt ist, es sei sachgerecht gewesen, nach einem Abwarten von 24 Stunden - in denen es trotz Infusionen nicht zu einer durchgreifenden Besserung des Zustandes von Herrn F gekommen war - zu versuchen, dem Patienten das Medikament über eine Magensonde zuzuführen. Die Unterbrechung der Medikamentengabe stellt nach den Ausführungen des Sachverständigen zwar grundsätzlich ein Problem dar, da in diesem Falle grundsätzlich nach 24, spätestens nach 48 Stunden mit einer Verschlechterung des Symptomatik zu rechnen sei. Der Sachverständige hat jedoch weiter darauf hingewiesen, dass im Falle des Klägers auch die gegenläufige Wirkung in Rechnung zu stellen war, die sich aus der Unterbrechung der Medikation mit Risperdal, ergeben haben kann. Risperdal kann sich nach den Ausführungen des Sachverständigen verstärkend auf die Parkinsonsymptomatik auswirken. Jedenfalls ist - wie oben ausgeführt - nicht feststellbar, dass am Morgen des 8.4.2010 beim Patienten bereits eine erhebliche Verschlechterung der Parkinsonsymptomatik oder gar eine Parkinsonkrise vorgelegen hätten. Bei dieser Sachlage ist es nachvollziehbar und überzeugend, dass der Sachverständige es nicht als behandlungsfehlerhaft gewertet hat, dass erstmals zu diesem Zeitpunkt ein Versuch unternommen worden ist, Herrn F das Parkinsonmedikament zwangsweise zuzuführen. 56

d) Zu Unrecht rügt die Berufung, dass der Sachverständige Prof. Dr. M als Chefarzt einer Klinik für Innere Medizin nicht über eine ausreichende Sachkunde für die Beurteilung der hier entscheidungserheblichen Fragen verfügt. 57

Grundsätzlich ist bei der Auswahl des Sachverständigen auf die Sachkunde in dem medizinischen Fachgebiet abzustellen, in welches die vorgenommene Behandlung fällt. Hierfür können die fachärztlichen Weiterbildungsordnungen herangezogen werden (BGH, NJW 2009, 1209/1210 m.w.N.; OLG Naumburg, Urt. v. 13.3.2003 - 1 U 34/02; BeckRS 2003, 30311509). 58

Die Behandlung ist vorliegend in der Medizinischen Klinik des Krankenhauses der Beklagten erfolgt. Bei Herrn F ging es nicht ausschließlich und nicht einmal in erster Linie um die Behandlung der Parkinsonerkrankung, sondern um die Behandlung eines Durchgangssyndroms mit Unruhe, Aggressivität sowie Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung bei gleichzeitigem Bestehen einer Vielzahl von schweren Vorerkrankungen. 59

Ausgehend von der der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer X für das Gebiet der Inneren Medizin fällt die Feststellung und Behandlung von geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter einschließlich der Pharmakologie im Alter in den Bereich der Inneren Medizin. Vorliegend geht es im Kern zunächst nicht um die Frage, ob die Behandlung der Parkinsonerkrankung dem fachärztlichen Standard entsprochen hat, sondern wie sich die Unterbrechung der Einnahme der Parkinsonmedikamente unter Berücksichtigung der weiteren Erkrankungen und des Allgemeinzustandes des Patienten ausgewirkt hat und ob Anhaltspunkte für eine Dekompensation der Parkinsonerkrankung bzw. eine Parkinson-Krise erkennbar sind. 60

Weiter ist zu berücksichtigen, dass seitens der Ärztekammer X in Kenntnis der Gerichtsakte und des Beweisbeschlusses ausschließlich Fachärzte für Innere Medizin als Sachverständige vorgeschlagen worden sind. Der gerichtliche Sachverständige selbst hat sich ausdrücklich zur Frage seiner ausreichenden Fachkunde geäußert und ebenfalls angegeben, dass die Behandlung eines alten Menschen mit vielfältigen Vorerkrankungen - wie sie bei Herrn F bestanden haben - in die Kernaufgabe der Inneren Medizin falle und er ein neurologisches Sachverständigengutachten nicht für notwendig erachte.	61
Bei dieser Sachlage ist die Entscheidung des Landgerichts, nicht noch zusätzlich ein neurologisches Gutachten einzuholen, nicht zu beanstanden.	62
2. Soweit der Kläger in erster Instanz auch das Fehlen einer Einwilligung in das Absaugen der Verschleimung gerügt hat, verfolgt er diesen Gesichtspunkt mit der Berufung ersichtlich nicht weiter.	63
Im Übrigen hat das Landgericht, gestützt auf die Ausführungen des Sachverständigen, zutreffend ausgeführt, dass angesichts des Notfallcharakters der Maßnahme eine vorherige Aufklärung nicht geboten war, zumal der Kläger als rechtlicher Vertreter seines dementen und verwirrten Vaters zum Zeitpunkt, als die Maßnahme notwendig wurde, sich nicht im Krankenhaus befand, sondern dieser Eingriff vielmehr durch eine mutmaßliche Einwilligung des Patienten gedeckt war.	64
III.	65
Auch die weiteren Voraussetzungen des § 522 Abs. 2 ZPO liegen vor. Der Rechtsstreit hat keine grundsätzliche Bedeutung; weder die Rechtsfortbildung noch die Wahrung einer einheitlichen Rechtsprechung gebieten eine Entscheidung des Berufungsgerichts.	66
Aufgrund des Hinweisbeschlusses ist die Berufung zurückgewiesen worden.	67