
Datum: 27.01.1993
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 27. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 27 U 68/91
ECLI: ECLI:DE:OLGK:1993:0127.27U68.91.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 404/87
Schlagworte: Arzthaftung Behandlungsfehler Notfallversorgung
Normen: BGB §§ 823, 847; ZPO § 286
Leitsätze:
Zur Wertung von Behandlungsfehlern (als nicht grob) und zu Kausalitätsfragen bei einer Notfall- und anschließenden stationären Behandlung, die nach Schädel/Hirntrauma bei einem Kleinkind eine Trachealstenose verursacht hat.

Tenor:
Die Berufung des Klägers gegen das am 19. Februar 1991 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 25 O 404/87 - wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die Kosten des Berufungsrechtszuges zu tragen. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 6.000,00 DM abwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leisten. Den Parteien wird gestattet, die Sicherheitsleistung jeweils durch die Bürgschaft einer deutschen Großbank, Genossenschaftsbank oder öffentlichen Sparkasse zu erbringen.

Tatbestand 1
##blob##nbsp; 2
Der Kläger nimmt die Beklagten wegen angeblichen ärztlichen Fehlverhaltens während einer stationären Krankenhausbehandlung in Anspruch. 3
4

##blob##nbsp;

Am 5. Juli 1980 wurde der damals 2 Jahre alte Kläger von einem Motorrad angefahren und dabei am Kopf verletzt. Er wurde zunächst in die chirurgi-sche Ambulanz des Krankenhaus L. , dessen Träger die Beklagte zu 1. ist, eingeliefert, wo man ihn unter anderem durch Einführen eines Tubus notfall-mäßig versorgte. Noch am gleichen Tage wurde er in die neurochirurgische Abteilung der U.-Klinik K. verlegt. Die Klinikärzte überwiesen ihn zwei Tage später in das Krankenhaus der Beklagten zu 1. zurück und teilten in dem begleitenden Arztbrief ihre Diagnose "schweres gedecktes Schädel-Hirn-Trauma" mit. In der Folgezeit wurde der Kläger auf der Intensivtherapiestation des Krankenhaus L. von den Beklagten zu 2. bis 4. behandelt. Er wurde über einen Tubus künstlich beatmet und medikamen-tös ruhiggestellt. Nachdem bis dahin wiederholt Umintubationen vorgenommen worden waren, wurde der Kläger am 6. August 1980 letztmals extubiert. Am 8. August 1980 wurde er in die Kinderklinik der Stadt L. verlegt und an dem selben Tag auf Wunsch seiner Eltern in das Kinderkrankenhaus der Stadt Köln überwiesen. Zuvor hatten sich als Folgen der Langzeitbeatmung ein Stridor (pfeifendes Atemge-räusch bei Verengung der oberen Luftwege) und eine Trachealstenose (Verengung der Luftröhre) entwik-elt. Deshalb wurde am 23. August 1980 im Kinder-krankenhaus Köln ein Luftröhrenschnitt (Tracheoto-mie) vorgenommen. Anschließend mußte der Kläger bis Ende April 1992 eine Trachealkanüle tragen.

##blob##nbsp;

Mit dem Haftpflichtversicherer des Motorradfah-rers, der den Unfall vom 5. Juli 1980 verursacht hatte, traf der Kläger im Oktober 1982 eine Abfin-dungsvereinbarung, aufgrund deren er unter Berück-sichtigung eines hälftigen Mitverschuldens eine Zahlung von 80.000,00 DM erhielt.

##blob##nbsp;

Der Kläger hat behauptet, er sei zu lange medika-mentös ruhiggestellt und künstlich beatmet worden. Ebenso fehlerhaft seien die hohe Dosierung der sedierenden Medikamente und die Häufigkeit der In- und Extubationen gewesen. Diese Behandlungs-fehler seien die Ursache der Luftröhrenverengung, an deren Folgen er noch heute leide und die die Beklagten zu 2) bis 4) auch durch eine rechtzei-tige Tracheotomie hätten verhindern können. Im übrigen seien seine Eltern nicht auf die möglichen Komplikationen einer Langzeitbeatmung hingewiesen worden.

##blob##nbsp;

Der Kläger hat beantragt,

##blob##nbsp;

##blob##nbsp;

##blob##nbsp;

##blob##nbsp;

1.

##blob##nbsp;

##blob##nbsp;	18
##blob##nbsp;	19
##blob##nbsp;	20
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld für den Zeitraum vom 5. Juli 1980 bis zum 30. Juni 1987 nebst 4 % Zinsen seit dem 3. September 1983 zu zahlen;	21
##blob##nbsp;	22
##blob##nbsp;	23
##blob##nbsp;	24
##blob##nbsp;	25
2.	26
##blob##nbsp;	27
##blob##nbsp;	28
##blob##nbsp;	29
##blob##nbsp;	30
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn eine monatliche in das Ermessen des Gerichts gestellte Schmerzensgeldrente ab dem 1. Juli 1987 vierteljährlich im voraus jeweils zum 1. Juli, 1. Oktober, 1. Januar und 1. April eines jeden Jahres zu zahlen;	31
##blob##nbsp;	32
##blob##nbsp;	33
##blob##nbsp;	34
##blob##nbsp;	35
3.	36
##blob##nbsp;	37
##blob##nbsp;	38
##blob##nbsp;	39
##blob##nbsp;	40
festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche materiellen und immateriellen Schäden - letztere, soweit sie nach dem 30. Juni 1987 entstehen - aus dem ärztlichen Kunstfehler in dem Zeitraum vom 5. Juli 1980 bis 8. August 1980 im Krankenhaus L., zu zahlen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen.	41

##blob##nbsp;	42
Die Beklagten haben beantragt,	43
##blob##nbsp;	44
die Klage abzuweisen.	45
##blob##nbsp;	46
Sie haben Behandlungsfehler bestritten und behauptet, die künstliche Langzeitbeatmung sei wegen der schweren Unfallverletzungen und der Krampfneigung des Klägers notwendig gewesen. Die eingetretene Trachealstenose sei nicht Folge einer Fehlbehandlung, sondern schicksalhaft letztlich durch den Verkehrsunfall bedingt. Auch seien die Eltern des Klägers über die mit der Langzeitbeatmung verbundenen Risiken aufgeklärt worden.	47
##blob##nbsp;	48
Das Landgericht hat, sachverständig beraten, die Klage abgewiesen mit der Begründung, ein Ursachen-zusammenhang zwischen Behandlungsfehlern und der Luftröhrenverengung sei nicht festzustellen. Zwar könne von einer gänzlich fehlerfreien Behandlung insofern nicht ausgegangen werden, als der Kläger nicht unbedingt über die gesamte Zeit in gleichem Umfang hätte in- und extubiert, sediert und beatmet werden müssen. Daß dies den Stridor und die Trachealstenose verursacht habe, sei aber nicht erwiesen. Auch ein etwaiges Aufklärungsversäumnis habe keine haftungsrechtlichen Folgen, weil die Eltern des Klägers ihre Einwilligung in die Langzeitbeatmung nicht hätten versagen dürfen und weil im übrigen ein schicksalhafter Krankheitsverlauf möglich sei.	49
##blob##nbsp;	50
Der Kläger hat gegen das ihm am 5. März 1991 zu-gestellte Urteil mit am 5. April 1991 bei Gericht eingegangenen Schriftsatz Berufung eingelegt und diese nach Fristverlängerung bis zum 30. Juni 1991 mit an diesem Tage eingegangenen Schriftsatz begründet.	51
##blob##nbsp;	52
Er wiederholt im wesentlichen seine im ersten Rechtszug gegen die Beklagten erhobenen Vorwürfe und trägt ergänzend vor, spätestens nach dem 20. Juli 1980 hätte entweder die Spontanatmung aktiviert oder eine Tracheotomie durchgeführt werden müssen. Die Fortsetzung der Langzeitbeatmung sei jedenfalls von diesem Zeitpunkt an nicht medizinisch indiziert und sogar grob fehlerhaft gewesen. Auch die wiederholten Intubationen ohne Gabe von Narkosemitteln und die Verwendung eines Tubus der Größe Charriere 22 hätten gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen. Durch diese Behandlungsfehler seien der Stridor und die Trachealstenose herbeigeführt, zumindest aber mitverursacht worden. Zu beanstanden sei ferner, daß die Beklagten zu 2. bis 4. nicht über die für eine optimale Behandlung notwendigen Kenntnisse verfügt und ihn nicht rechtzeitig in das Kinderkrankenhaus K. verlegt hätten. Überdies sei die Fortsetzung der Langzeitbeatmung wegen der Nichtaufklärung seiner Eltern über die damit verbundenen Risiken und die Möglichkeit eines Luftröhrenschnitts jedenfalls vom 20. Juli 1980 an rechtswidrig gewesen.	53
##blob##nbsp;	54
	55

Der Kläger beantragt,

##blob##nbsp; 56

##blob##nbsp; 57

##blob##nbsp; 58

##blob##nbsp; 59

unter Abänderung des am 19. Febru-ar 1991 verkündeten Urteils des Land-gerichts Köln 6025
O 404/87 -

##blob##nbsp; 61

##blob##nbsp; 62

##blob##nbsp; 63

##blob##nbsp; 64

1. 65

##blob##nbsp; 66

##blob##nbsp; 67

##blob##nbsp; 68

##blob##nbsp; 69

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes 70
Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 50.000,00 DM für den Zeitraum vom 5. Juli 1980
bis 30. Juni 1987 nebst 4 % Zinsen seit dem 3. September 1983 zu zahlen;

##blob##nbsp; 71

##blob##nbsp; 72

##blob##nbsp; 73

##blob##nbsp; 74

2. 75

##blob##nbsp; 76

##blob##nbsp; 77

##blob##nbsp; 78

##blob##nbsp; 79

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn eine angemessene 80
Schmerzensgeldrente in Höhe von min-destens monatlich 100,00 DM ab dem 1. Juli 1987

vierteljährlich im vor-aus jeweils zum 1. Juli, 1. Oktober, 1. Januar und 1. April eines jeden Jahres zu zahlen;

81

82

83

84

85

86

87

88

89

festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche materiellen und immateriellen Schäden - letztere, soweit sie nach dem 30. Juni 1987 entstehen - aus dem ärztlichen Kunstfehler in dem Zeitraum vom 5. Juli 1980 bis 8. August 1980 im Krankenhaus L., zu zahlen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen,

91

92

93

94

hilfsweise ihm zu gestatten, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung auch in der Form einer Bürgschaft einer deutschen Großbank oder Sparkasse abzuwenden.

96

Die Beklagten beantragen,

98

99

100

101

die Berufung zurückzuweisen,

103

104

###blob###nbsp;	105
###blob###nbsp;	106
ihnen zu gestatten, Sicherheit auch durch selbstschuldnerische Bürgschaft einer deutschen Großbank, Genossenschaftsbank oder öffentlichen Sparkasse leisten zu können.	107
###blob###nbsp;	108
Unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens stellen sie Behandlungsfehler und eine Verletzung der Aufklärungspflicht in Abrede und verteidigen im übrigen das angefochtene Urteil.	109
###blob###nbsp;	110
Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils und die im Berufungsrechtszug gewechselten Schriftsätze Bezug genommen.	111
###blob###nbsp;	112
Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. H. sowie durch mündliche Anhörung der Sachverständigen Prof. Dr. H. und Prof. Dr. C. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten vom 30. März 1992 (Bl. 335 ff d.A.) und auf die Sitzungsniederschrift vom 9. Dezember 1992 (Bl. 408 ff d.A.) verwiesen.	113
###blob###nbsp;	114
E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e	115
###blob###nbsp;	116
Die nach §§ 511, 511 a ZPO statthafte Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden (§§ 516, 519 ZPO) und damit zulässig. In der Sache hat sie jedoch keinen Erfolg.	117
###blob###nbsp;	118
Dem Kläger stehen weder auf vertraglicher Grundlage (positive Vertragsverletzung in Verbindung mit §§ 31, 278 BGB) noch aus unerlaubter Handlung (§§ 823, 847, 31, 831 BGB) Ansprüche auf Ersatz materieller oder immaterieller Schäden gegen die Beklagten zu.	119
###blob###nbsp;	120
I.	121
###blob###nbsp;	122
1.)	123
###blob###nbsp;	124
	125

Die ärztliche Behandlung des Klägers im Krankenhaus der Beklagten zu 1. war allerdings nicht frei von Fehlern. Wie die Beweisaufnahme ergeben hat, wurden die von den Beklagten zu 2. bis 4. ergriffenen Behandlungsmaßnahmen in der Zeit nach dem 30. Juli 1980 nicht in jeder Hinsicht den medizinischen Sorgfaltsanforderungen gerecht. Es war fehlerhaft, den Kläger in der geschehenen raschen Abfolge und Häufigkeit und zum Teil ohne Gabe von Sedativa zu reintubieren.

##blob##nbsp; 126

Nach den übereinstimmenden Ausführungen der Sachverständigen Prof. Dr. C. und Prof. Dr. H. birgt jede Intubation, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern die Gefahr einer Schädigung im Kehlkopfbereich in sich. Durch wiederholte Intubationen und Extubationen wird das Auftreten solcher Komplikationen folglich begünstigt (Bl. 364, 365 d.A.). Da jede erfolglose Extubation eine Reintubation erfordert, trägt sie das Risiko einer Kehlkopfläsion in sich. Ein entzündlich angeschwollenes Gewebe, welches ein anatomisches Hindernis bildet, benötigt zum Abschwellen gewöhnlich mehrere Tage. Deshalb wird durch täglich oder nahezu täglich wiederholt aufeinanderfolgende Extubationen eine immer größer werdende Wahrscheinlichkeit von (zusätzlichen) traumatischen Gewebeschäden geschaffen. Das gilt vor allem, wenn die Intubation am wachen oder fast wachen Patienten vorgenommen wird, von dem - wie dies gerade bei Kindern der Fall ist - Abwehrreaktionen zu erwarten sind (Bl. 135, 136 d.A.). Diesen Gegebenheiten haben die Beklagten zu 2. bis 4. bei den Extubationen nach dem 30. Juli 1990 nicht uneingeschränkt Rechnung getragen.

##blob##nbsp; 128

Beide Gerichtssachverständige haben beanstandet, daß der Kläger zwischen dem 31. Juli und dem 6. August 1980, also innerhalb von nur 7 Tagen, insgesamt sechs Mal umintubiert worden ist, und zwar - mit Ausnahme der Intubationen am 1. und 2. August - ohne Verabreichung von sedierenden Mitteln, und das Vorgehen der Ärzte insoweit als Behandlungsfehler gewertet (Bl. 135, 136, 139, 366, 378 d.A.). Bei ihrer mündlichen Anhörung haben die Gutachter ihre übereinstimmende Einschätzung, daß die nahezu tägliche Neuintubation nach dem 30. Juli 1980 ein Fehler gewesen sei, bekräftigt (Bl. 417 d.A.).

##blob##nbsp; 130

2.) 131

##blob##nbsp; 132

Indessen ist nicht erwiesen, daß in dieser Fehlbehandlung die Ursache für den eingetretenen Schaden - die Trachealstenose - liegt. Nach den auch insoweit übereinstimmenden nachvollziehbar begründeten und überzeugenden Gutachten beider Sachverständiger läßt sich ein solcher Ursachenzusammenhang nicht feststellen.

##blob##nbsp; 134

In seinem schriftlichen Gutachten vom 13. Dezember 1988 hat der Sachverständige Prof. C. ausgeführt, es sei nicht zu klären, ob bereits die Intubation bei der notfallmäßigen Erstversorgung des Klägers am 5. Juli 1980 oder alle nachfolgenden Intubationen traumatisch, also unter Verletzung von umgebendem Gewebe stattgefunden hätten. Gelegentlich entstehe der Eindruck, daß Komplikationen der hier vorliegenden Art schon bei

Erstintubationen im Kreislaufschock auftraten, wobei eine möglicherweise gleichzeitig bestehen-de Minderdurchblutung eventuell eine zusätzlich fördernde Rolle spiele (Bl. 134 d.A.). In seinem Ergänzungsgutachten vom 6. Juli 1990 hat Prof. C. - folgerichtig - betont, er halte es für möglich, daß der Schaden im Kehlkopfbereich bei der not-fallmäßigen Erstversorgung des bewußtlosen Klägers entstanden sei (Bl. 204 d.A.). Prof. H. teilt die-se Einschätzung. Auch dieser Sachverständige hat darauf hingewiesen, daß es schon im Rahmen der Erstintubation zu einer Schädigung des Kehlkopf-be-reichs gekommen sein könne, die für die spätere Trachealstenose verantwortlich zu machen sei. Mög-licherweise sei die Stenose auch durch die häufi-gen In- und Extubationen verursacht worden. Daß sie bereits bei der Erstversorgung entstanden sei, könne keineswegs ausgeschlossen werden (Bl. 365, 373, 375 d.A.). Die notfallmäßige Intubation am 5. Juli 1980 ist danach als Schadensursache ernst-haft in Betracht zu ziehen. Dabei ist zu berück-sichtigen, daß - wie die Sachverständigen hervor-gehoben haben - Komplikationen der vorliegenden Art gerade bei Erstintubationen im Schockzustand auftreten können (Bl. 134 d.A.) und daß durch eine Notfallintubation bei einem Kleinkind, das sich in diesem Augenblick im Schock befindet oder jeden-falls einen Sauerstoffmangel aufweist, begünstigt werden (Bl. 364 d.A.). Um eine solche Notfallin-tubation hat es sich bei der Erstversorgung des Klägers, der nach dem Verkehrsunfall bewußtlos und mit Atemstörungen in die chirurgische Ambulanz des Krankenhauses der Beklagten zu 1. eingelie-fert worden war, gerade gehandelt (Bl. 126, 344, 365 d.A.).

##blob##nbsp; 136

Bei der mündlichen Erläuterung ihrer Gutachten ha-ben die Sachverständigen die 137 Möglichkeit der Scha-densverursachung durch die Erstversorgung nochmals bestätigt. Prof. Dr. H. hat ausgeführt, die not-fallmäßige Intubation sei unabhängig davon, ob ein sogenannter blockbarer Tubus oder ein Tubus ohne Manschette verwendet wurde, durchaus geeignet, ei-nen Schaden im Kehlkopfbereich zu setzen, weil die Schleimhaut bei schlechter Durchblutung durch Sau-erstoffmangel und eventuell auch bei Schock ganz besonders empfindlich sei. Die Erstintubation im Krankenhaus der Beklagten zu 1. gleiche einer Not-fallversorgung am Unfallort; dabei könne durchaus ein Kreislaufschock mit Mangeldurchblutung vorge-legen und die Intubation die streitgegenständli-chen Schäden verursacht haben (Bl. 412, 413 d.A.). Diese Einschätzung wird von Prof. C. in vollem Um-fang geteilt (Bl. 413 d.A.); sie ist plausibel und überzeugt auch den Senat.

##blob##nbsp; 138

3.) 139

##blob##nbsp; 140

Eine Erleichterung für den ihm als Anspruchsteller obliegenden Beweis des 141 Ursachenzusammenhangs zwi-schen Behandlungsfehler und Schaden kommt dem Klä-ger nicht zugute. Zwar kann dem Patienten der Kau-salitätsbeweis erleichtert werden, wenn entweder in den getroffenen ärztlichen Maßnahmen ein grober Behandlungsfehler liegt oder wenn der Arzt gegen seine Pflicht verstoßen hat, medizinisch zweifels-frei gebotene Befunde zu erheben und zu sichern (BGH NJW 1988, 2949). Ärztliche Versäumnisse bei der Befunderhebung sind den Beklagten zu 2. bis 4. nicht anzulasten. Der vorliegende Sachverhalt er-laubt aber auch nicht die Feststellung, daß der Kläger im Krankenhaus der Beklagten zu 1. grob fehlerhaft behandelt worden ist.

##blob##nbsp; 142

Nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. H. ist die Entscheidung, ob es sich bei 143
den fest-gestellten Versäumnissen um einen groben Fehler handelt, aus
sachverständiger Sicht sehr schwer zu treffen; ein grober Behandlungsfehler wäre aller-dings
anzunehmen, wenn in derselben Weise heute auf einer pädiatrischen Intensivstation
vorgegan-gen würde (Bl. 378 d.A.). Danach kann für den maß-gebenden Zeitpunkt - das Jahr
1980 - ein von den Beklagten zu 2. bis 4. begangener grober Behand-lungsfehler nicht
festgestellt werden.

##blob##nbsp; 144

Freilich geht es bei der Frage, ob ein Behand-lungsfehler als "grob" anzusehen ist, um 145
eine ju-ristische Wertung, die nicht der Sachverständige, sondern das Gericht aufgrund
der ihm unterbreite-ten Fakten zu treffen hat (BGH NJW 1986, 1540; 1988, 1514). Die
Qualifizierung eines Behandlungs-fehlers als "grob" setzt voraus, daß ein Verstoß gegen
elementare Erkenntnisse und Erfahrungen der Medizin vorliegt (BGH NJW 1986, 1540), daß
also das Fehlverhalten aus objektiver ärztlicher Sicht bei Anlegung des für einen Arzt
geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabs nicht mehr ver-ständlich und verantwortbar
erscheint, weil ein solcher Fehler dem behandelnden Arzt aus dieser Sicht schlechterdings
nicht unterlaufen darf (BGH NJW 1983, 2081; 1987, 706). Von einem derart
schwerwiegenden Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst kann bei dem von den
Beklagten zu 2. bis 4. begangenen Behandlungsfehler - der zu häufigen, zum Teil ohne
Narkosemittel durch-geführten Extubation - nicht ausgegangen werden. Die Ausführungen
des Sachverständigen Prof. H. lassen aus den dargelegten Gründen einen solchen Schluß
nicht zu. Das gilt auch bei Berücksich-tigung derjenigen Komplikation, die am 30. Ju-li 1980
festgestellt und die von den Beklagten als "Pseudokrupp" bezeichnet worden ist. Wie der
Sachverständige Prof. H. ausgeführt hat, ist es wegen des hohen Risikos einer entzündlich
beding-ten Intubationsstenose durch Intubationen bei ei-nem Pseudokrupp geboten,
entweder den Tubus über eine lange Zeit - wenigstens 10 Tage - nicht zu wechseln oder
frühzeitig eine Tracheotomie vor-zunehmen. Von dieser allgemeinen Empfehlung sei mit den
wiederholten Intubationen zwischen dem 30. Juli und dem 6. August 1980 abgewichen
worden (Bl. 367 d.A.). Nach den mündlichen Erläuterungen des Sachverständigen ist
indessen zweifelhaft, ob der Kläger seinerzeit tatsächlich eine vira-le Infektion mit
entsprechender Auswirkung auf den Kehlkopfbereich im Sinne eines Pseudokrupp erlitten
hat, und wesentlich wahrscheinlicher, daß der damals zu beobachtende Stridor bereits
Ausdruck einer subglottischen Stenose infolge der Schädigung der Schleimhaut durch
Intubation gewesen ist (Bl. 415, 416 d.A.). Die Beantwortung der Frage, ob der
Behandlungsfehler als grob zu qualifizieren ist, hängt aber letztlich nicht entscheidend von
der Richtigkeit der am 30. Ju-li 1980 gestellten Diagnose eines Pseudokrupp ab; denn in
jedem Falle hätte - wie Prof. H. dies ausgedrückt hat - "angestrebt" werden müssen, den
Tubus möglichst langfristig liegen zu lassen (Bl. 416 d.A.). Die mehrfache Umintubation in der
Zeit nach dem 30. Juli 1980 war deshalb nach der von ihm gewählten Formulierung zwar
"sehr unglück-lich" (Bl. 417 d.A.); daß aber der festgestellte Fehler einem Arzt in der Situation
der Beklagten zu 2. bis 4. aus damaliger Sicht schlechterdings nicht hätte unterlaufen dürfen,
kann aufgrund der Ausführungen von Prof. H. nicht eindeutig bejaht werden.

##blob##nbsp; 146

Das gilt auch und erst recht für die Bewertung durch den Sachverständigen C., der in 147
seinem schriftlichen Erstgutachten sich eher zurückhal-tend dahin geäußert hat, daß die
häufigen Extuba-tionsversuche "doch wohl" als Behandlungsfehler einzustufen seien (Bl. 139
d.A.). Seine mündliche Anmerkung, es sei "unverständlich" häufig umintu-biert worden, ist

keineswegs etwa als Hinweis auf ein nicht mehr verständliches und verantwortbares Fehlverhalten im Sinne der Definition des groben Behandlungsfehlers aufzufassen, da der Sachverständige zugleich das "Dilemma" der Ärzte hervor-gehoben hat, die das Kind endgültig hätten extubieren wollen und durch Eintreten der Atemschwierigkeiten sodann wieder zur Reintubation veranlaßt worden seien (Bl. 417 d.A.). Bei der Bewertung des ärztlichen Fehlverhaltens darf schließlich nicht unberücksichtigt bleiben, daß nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. H. die Schädigung der Schleimhaut an der engsten Stelle unterhalb des Kehlkopfes zwar ein immer schon bekanntes Phänomen ist, die Ärzte aber erst seit Mitte der 80er Jahre zunehmend beschäftigt hat (Bl. 411 d.A.).

##blob##nbsp;

148

Einer Umkehr der Beweislast zu Gunsten des Klägers steht auch der mit der Beweiserleichterung bei groben Behandlungsfehlern verfolgte Zweck entgegen. Die Kausalitätsvermutung zu Lasten des Arztes ist keine Sanktion für dessen Verschulden, sondern ein Ausgleich dafür, daß das Spektrum der für die Schädigung in Betracht kommenden Ursachen gerade durch den Fehler besonders verbreitert bzw. verschoben wird (BGH NJW 1983, 334; 1988, 2950). Daher darf dem Patienten der grundsätzlich von ihm zu führende Beweis des Ursachenzusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Schaden nur dann erleichtert werden, wenn der Fehler die Aufklärung des Behandlungsverlaufs besonders erschwert (Steffen, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzt Haftungsrecht, 4. Aufl., S. 129). Das den Beklagten zu 2. bis 4. anzulastende Fehlverhalten hat aber die Beweislage nicht entscheidend zum Nachteil des Klägers verändert. Bereits am 30. Juli 1980 nämlich war beim Kläger ein Stridor als Zeichen einer Verengung der oberen Luftwege festgestellt worden, was dafür spricht, daß die Ursache für die Stenose schon zuvor gesetzt worden war. Der Beklagte zu 3. hatte den Stridor als Ausdruck eines Pseudokrups gedeutet, weil ihm - dies hat er im Termin am 9. Dezember 1992 näher erläutert - die Symptome, nämlich eine stridoröse Atmung und eine Einengung der Luftwege, als solche einer akuten viralen Infektion erschienen waren. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. H. ist aber wesentlich wahrscheinlicher, daß es sich bei dem Krankheitsbild schon damals um die subglottische Stenose infolge der Schädigung der Schleimhaut durch die Intubation gehandelt hat (Bl. 415 d.A.). An dieser Einschätzung hat der Sachverständige nach der Schilderung der vorgefundenen Symptome durch den Beklagten zu 3. ausdrücklich festgehalten (Bl. 416 d.A.). Jedenfalls ist die Trachealstenose mit Wahrscheinlichkeit schon vor dem 30. Juli 1980 entstanden, so daß der später einsetzende Behandlungsfehler - die zu häufigen Extubationen - die Bandbreite der möglichen Schadensursachen nicht in besonderem Maße vergrößert hat.

149

##blob##nbsp;

150

Eine Haftung der Beklagten für den eingetretenen Schaden kann auch nicht daraus hergeleitet werden, daß durch den festgestellten Behandlungsfehler der Heilungsverlauf beim Kläger möglicherweise oder sogar wahrscheinlich ungünstig beeinflußt worden ist. Nach dem Gutachten von Prof. C. haben zwar die häufigen Intubationen im praktisch wachen Zustand des Klägers mit einiger Wahrscheinlichkeit einen negativen Einfluß auf die Heilung des vorhandenen Stridors ausgeübt, ohne daß aber die Richtigkeit dieser Annahme bewiesen werden kann (Bl. 141, 142 d.A.). Auch Prof. H. hat darauf hingewiesen, daß der Heilungsverlauf durch die häufigen Intubationen und Extubationen mit sehr großer Wahrscheinlichkeit nachteilig beeinflußt worden sei (Bl. 375, 376 d.A.). Die hinreichend sichere Feststellung, daß der Behandlungsfehler das wahrscheinlich schon vorhandene Leiden verschlimmert hat, kann danach nicht getroffen werden. Erst recht ist eine

151

Abgrenzung dahin, welchen Ursachen-anteil an dem gesamten Schaden das Fehlverhalten der Beklagten zu 2. bis 4. einnimmt, nicht möglich. Eine Beweiserleichterung zu Gunsten des Klägers scheidet auch in dieser Hinsicht mangels einer Qualifizierung der ärztlichen Versäumnisse als groben Fehler aus.

##blob##nbsp; 152

4.) 153

##blob##nbsp; 154

Die Beweisaufnahme hat nicht ergeben, daß den Beklagten zu 2. bis 4. - ausgenommen die zu häufigen Extubationen nach dem 30. Juli 1980 - bei der Behandlung des Klägers weitere Fehler unterlaufen sind. 155

##blob##nbsp; 156

a) 157

##blob##nbsp; 158

Die notfallmäßige Intubation am 5. Juli 1980 in der chirurgischen Ambulanz des Krankenhauses der Beklagten zu 1. - bei welcher die Trachealstenose bereits verursacht worden sein kann - war aus ärztlicher Sicht sachgerecht. Wie der Sachverständige Prof. H. ausgeführt hat, war die vom Kläger bei dem Unfall erlittene stumpfe Hirnverletzung jedenfalls geeignet, wichtige Gehirnfunktionen zu beeinträchtigen oder ausfallen zu lassen. Da die Atmung und damit die Sauerstoffversorgung durch das Gehirn möglicherweise nicht mehr gewährleistet und zudem eine Prellung des Brustkorbs mit der Folge einer Schädigung des Lungengewebes in Betracht zu ziehen war, mußte der Kläger, auch zur Freihaltung der Atemwege, intubiert werden (Bl. 409 d.A.). Diese Beurteilung gilt unabhängig davon, ob die Intubation noch am Unfallort durch den Notarzt oder - wie hier - nach der Einlieferung des Verunglückten in die Krankenhausambulanz im Rahmen der Erstversorgung geschieht (Bl. 412 d.A.). Diesen überzeugenden Ausführungen von Prof. H. hat Prof. C. in vollem Umfang zugestimmt (Bl. 413 d.A.). 159

##blob##nbsp; 160

b) 161

##blob##nbsp; 162

Nicht zu beanstanden ist auch, daß der Kläger nach seiner Zurückverlegung in das Krankenhaus der Beklagten zu 1. am 7. Juli 1980 intubiert worden ist. Nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. H. kann die Frage, ob der Kläger nach seiner Rückkehr aus der N. Klinik in K. hätte extubiert werden können und müssen, nicht präzise beantwortet werden. Dabei ist letztendlich nicht entscheidend, ob der Kläger bereits in der K. Klinik extubiert worden war oder ob er den liegenden Tubus während des Rücktransports selbst gezogen hatte. Im letztgenannten Fall ist dem übernehmenden Intensivarzt ohnehin nicht vorzuwerfen, daß er den ihm sicher erscheinenden Weg gewählt und den Kläger sofort wieder intubiert hat. Auch dann aber, wenn der Kläger schon in der N. Klinik extubiert worden sein und bei seiner Wiederaufnahme in das Krankenhaus der Beklagten zu 1. ausreichend spontan geatmet haben sollte, hat das Vorgehen auf der Intensivstation des Krankenhauses L. nicht gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen. Dabei muß berücksichtigt werden, 163

daß der Kläger erst zwei Tage nach einem schweren Unfall mit der neu-rochirurgischen
Übeweisungsdiagnose "schweres ge-decktes Schädel-Hirn-Trauma" übernommen worden
und die Entscheidung des damals tätigen Intensivarztes in der konkreten Situation im
nachhinein äußerst schwer zu beurteilen ist (Bl. 370, 371 d.A.). Auch Prof. C. hat die
Entscheidung, den Kläger nach seiner Rückverlegung zu intubieren, nicht als Be-
handlungsfehler gewertet (Bl. 137, 204 d.A.).

##blob##nbsp; 164

c) 165

##blob##nbsp; 166

In der Langzeitintubation und Beatmung an sich liegt gleichfalls kein feststellbarer 167
Behandlungs-fehler. Der Sachverständige Prof. C. hat dazu ausgeführt, der Kläger habe
unabhängig davon, ob der Unfall auch eine Hirnstammkontusion verursacht habe, jedenfalls
eine schwere Schädel-Hirn-Verlet-zung erlitten, für deren Behandlung die im Kran-kenhaus
der Beklagten zu 1. ergriffenen Maßnahmen - Intubation, Beatmung und medikamentöse
Ruhig-stellung - als wirksame Mittel in Frage gekommen seien (Bl. 137 d.A.). Aufgrund der
erhobenen Erst-befunde, insbesondere der auf eine schwere cere-brale Funktionsstörung
deutenden Streckphänomene an den Extremitäten, und der in der Neurochir-urgischen Klinik
Köln gestellten Diagnose müsse von einem schweren Schädel-Hirn-Trauma ausgegangen
werden (Bl. 182, 203 d.A.). Dieses Krankheitsbild habe die Intubation und Beatmung sogar
unbedingt erfordert, während jede andere Maßnahme wie etwa die Förderung der
Spontanatmung ein eklatanter Be-handlungsfehler gewesen wäre (Bl. 203, 204 d.A.). Bei
seiner mündlichen Anhörung hat Prof. C. erläu-ternd darauf hingewiesen, daß bei einem
schweren Schädel-Hirn-Trauma, wie es der Kläger erlitten habe, in der Regel eine künstliche
Beatmung mit Hyperventilation unter Gabe von sedierenden Pharmaka veranlaßt werde und
der Kläger demnach der Standardbehandlung unterzogen worden sei (Bl. 413 d.A.). Auch
nach dem Gutachten des Sach-verständigen Prof. H. erwächst den Beklagten zu 2. bis 4.
kein Fehlervorwurf daraus, daß sie sich zur Langzeitbeatmung des Klägers entschlossen
hatten. Bei dem Verkehrsunfall hatte der Kläger, wie vor allem die im Computertomogramm
beschriebene Hirn-schwellung zeigt, ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten. Wenn auch
- so Prof. Dr. H. - eine Langzeitbeatmung nicht ohne weiteres durch eine solche Diagnose
gerechtfertigt wird, war sie hier doch keinesfalls kontraindiziert (Bl. 371 d.A.).

##blob##nbsp; 168

d) 169

##blob##nbsp; 170

Nicht festgestellt werden kann ferner, daß die Dauer der Langzeitbeatmung den Regeln 171
der ärztli-chen Kunst widersprochen hat. In seinem schrift-lichen Erstgutachten hat der
Sachverständige Prof. C. ausgeführt, die Beatmung des Klägers habe hinsichtlich ihrer Dauer
nicht gegen anerkannte Behandlungsregeln verstoßen. Ein Behandlungsfehler sei selbst
dann zu verneinen, wenn aufgrund der nicht eindeutigen Angaben in den Stationsunterla-gen
eine um einige Tage frühere Extubation und ei-ne schwächere Sedierung für möglich
gehalten werde (Bl. 138 d.A.). Bei dieser Einschätzung ist der Sachverständige auch nach
einer Auseinandersetzung mit den vom Kläger vorgelegten Privatgutachten der Professoren
S. und E. geblieben (Bl. 182, 203 d.A.).

Nach dem schriftlichen Gutachten des Sachver-ständigen Prof. Dr. H. läßt sich die Frage, 173
 ob und gegebenenfalls wann der Kläger zu einem frü-heren Zeitpunkt als tatsächlich
 geschehen hätte extubiert werden müssen, nicht zuverlässig beant-worten. In diesem
 Zusammenhang hat Prof. H. auf die erheblichen Schwierigkeiten hingewiesen, denen sich
 der Arzt bei der Behandlung eines Kleinkindes mit der vorliegenden Symptomatik ausgesetzt
 sieht. Die Extubation eines schwerkranken Kleinkindes, das ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten
 hat, hängt - so Prof. H. - nicht allein von der ausreichenden Atmung des Kindes ab. Wenn
 etwa in der Initialpha-se der Wiederbelebungsmaßnahmen Speichel oder ähn-liche
 Fremdstoffe in die Lunge geraten seien oder eine Lungenentzündung befürchtet werden
 müsse, sei der Tubus zum Zweck einer besseren sogenannten Bronchialtoilette länger zu
 belassen. Bestehe kein ausreichender Schluckakt, was schwer zu beurteilen sei, so könnten
 bei verfrühter Extubation durch wiederholtes "Verschlucken" bedrohliche Lungen-
 komplikationen auftreten. Von einer frühzeitigen Entfernung des Tubus solle auch dann
 abgesehen werden, wenn - was nach einem schweren Schä-del-Hirn-Trauma durchaus
 möglich sei - der Husten-reflex nicht genüge. Dem grundsätzlich anzustre-benden Ziel, die
 Intubationszeit möglich kurz zu halten, stehe das Gebot gegenüber, eine Gefährdung des
 Kindes durch insbesondere Hirnschäden infolge einer zu frühzeitigen Extubation zu
 vermeiden. Die Entscheidung, in welchem Zeitpunkt ein Kind nach einem schweren
 gedeckten Schädel-Hirn-Trauma extubiert werde, sei sehr schwer zu treffen und könne
 letztendlich nur von dem vor Ort tätigen Arzt und auf Grund der in der konkreten Situa-tion
 zusammenzutragenden Einzelbefunde beurteilt werden (Bl. 361, 371 d.A.). Bei seiner
 mündlichen Anhörung hat Prof. Dr. H. - unter ausdrücklicher Zustimmung von Prof. C. (Bl.
 413 d.A.) - nochmals die Schwierigkeit der Entscheidung über die In-tubationsdauer betont
 und hervorgehoben, der Ent-schluß, die Intubation und unter Umständen auch eine
 maschinelle Beatmung zu beenden, sei stets eine Ermessensentscheidung, für die es keine
 si-cheren Kriterien gebe (Bl. 411 d.A.).

Demgegenüber halten zwar die vom Kläger beauf-tragten Privatgutachter Prof. S. und 175
 Prof. E. die Dauer seiner Langzeitbeatmung für fehlerhaft. Nach der Auffassung von Prof.
 S. hätte der Kläger sehr wahrscheinlich schon unmittelbar nach seiner Rückkehr in das
 Krankenhaus der Beklagten zu 1. am 7. Juli 1980 oder am darauffolgenden Tage, mit
 Gewißheit aber spätestens am 10. Juli 1980, als erste Anzeichen für das Wiedererlangen des
 Bewußt-seins erkennbar gewesen seien, endgültig extubiert werden müssen (Bl. 78, 81, 193
 d.A.). Bei der Behandlung des Klägers sei man - so Prof. S. - zu Unrecht von einem
 schweren Schädel-Hirn-Trauma ausgegangen, da ein solches tatsächlich nicht vorgelegen
 haben könne. Der Kläger habe trotz der hoch dosierten medikamentösen Abdeckung am 7.
 Ju-li 1980 in der Klinik in Köln geweint und sich auf dem Rücktransport nach L. "die
 Schläuche herausge-rissen" und könne deshalb nur ganz oberflächlich bewußtlos gewesen
 sein. Danach habe er lediglich eine schwere Gehirnerschütterung erlitten, die nur passager
 auch das Mittelhirn mitbetroffen habe (Bl. 79, 81, 191 d.A.). Auch Prof. E. bezeichnet die
 Diagnose eines schweren gedeckten Schädel-Hirn-Traumas als unrichtig und beanstandet,
 daß der Kläger nicht spätestens am 16. Juli 1980 extu-biert worden sei (Seiten 3, 6 seines
 Gutachtens).

Der Senat folgt jedoch den überzeugenden Gutachten der Gerichtssachverständigen, die 177
 die Richtigkeit der gestellten Diagnose übereinstimmend bestä-tigt haben. Vor allem die

im Computertomogramm beschriebene Hirnschwellung ist - wie Prof. H. hervorgehoben hat - ein deutliches Zeichen für ein schweres Schädel-Hirn-Trauma, und die zu beobachtenden Reaktionen auf äußere Reize sowie das Fehlen einer vollständigen Bewußtlosigkeit vermögen die Richtigkeit dieser Diagnose nicht in Frage zu stellen (Bl. 358, 371 d.A.). Daß der Kläger tatsächlich ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erlitten hatte, ist auch im Anhörungstermin von Prof. C. nochmals bestätigt worden (Bl. 413 d.A.).

178

179 Eine Haftung der Beklagten für den Körperschaden des Klägers wäre im übrigen auch dann zu verneinen, wenn ein Schädel-Hirn-Trauma nicht vorgelegen hätte und der Entschluß, die Langzeitbeatmung fortzusetzen, damit - was der Kläger, gestützt auf die Privatgutachten der Professoren S. und E., den Beklagten vorwirft - auf der Grundlage einer unrichtigen Diagnose gefaßt worden wäre. Diagnoseirrtümer im Sinne von Fehlinterpretationen der Befunde sind nämlich nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler zu bewerten. Fehldiagnosen begründen eine Haftung nur dann, wenn Krankheitserscheinungen in völlig unvertretbarer, der Schulmedizin entgegenstehender Weise gedeutet oder elementare Kontrollbefunde nicht erhoben werden oder wenn eine Überprüfung der ersten Diagnose im weiteren Behandlungsverlauf unterbleibt, auch wenn dieser keine Wirkungen zeigt (Steffen S. 41; vgl. auch OLG Köln - 7. Zivilsenat - VersR 1989, 631). Den Beklagten zu 2. bis 4. kann - wie auch durch den Sachverständigen Prof. Dr. H. bestätigt worden ist (Bl. 371 d.A.) - nicht vorgeworfen werden, die Erhebung elementarer Kontrollbefunde oder eine gebotene Überprüfung der gestellten Diagnose unterlassen zu haben. Im Hinblick darauf, daß die von der neurochirurgischen U.-Klinik K. zunächst getroffene Diagnose des schweren Schädel-Hirn-Traumas von zwei Gerichtssachverständigen als zutreffend erachtet worden ist, scheidet auch ein fundamentaler Diagnoseirrtum selbst dann aus, wenn es sich dabei um eine Fehlinterpretation der erhobenen Befunde handeln sollte.

180

181 5.)

182

183 Auch hinsichtlich der Dosierung der dem Kläger verabreichten sedierenden Medikamente kann ein Behandlungsfehler nicht festgestellt werden. Prof. C. hat darauf hingewiesen, daß sich aufgrund des Krankheitsverlaufs nicht eindeutig festlegen lasse, wie hoch der Bedarf an Beruhigungsmitteln beim Kläger wirklich gewesen sei. Eine falsche Medikamentengabe sei aber nicht anzunehmen, weil eine höhere Dosierung und eine längere Applikation von Beruhigungsmitteln unter Beachtung entsprechender Vorsichtsmaßnahmen, die auf der Intensivtherapiestation des Krankenhauses L. erfüllt gewesen seien, keinen nennenswerten schädigenden Einfluß ausübe (Bl. 139 d.A.). Bei beatmeten Intensivtherapiepatienten, deren Medikamentenbedarf sehr unterschiedlich sei, gebe es keine bestimmten Höchstdosen für Schlaf- und Beruhigungsmittel. Wenn die wesentlichen Nebenwirkungen dieser Pharmaka wie Atemdepression und Blutdrucksenkung beherrscht würden - wie dies im Fall des Klägers geschehen sei -, sei auch gegen die Gabe sehr hoher Dosen nichts einzuwenden (Bl. 184 d.A.).

184

185 Damit übereinstimmend hat Prof. Dr. H. ausgeführt, eine Dosierung der dem Kläger verabreichten Sedativa sei bei der Behandlung eines Kindes auf einer Intensivstation,

insbesondere wenn das Kind sehr unruhig sei und damit eine weitere Gefährdung bestehen könne, auch über die angegebene Grenze hinaus zulässig (Bl. 360 d.A.). Da Intubation und Beatmung anderenfalls nicht ausreichend toleriert würden, müsse bei der Behandlung von Kleinkindern eine höhere Dosis von Sedativa gewählt werden. Auch insoweit bestehe eine schwierige, vom behandelnden Arzt selbständig zu treffende Abwägung einerseits zwischen der Gefahr, daß es infolge unzureichender Sedierung zu Komplikationen komme, und dem Risiko einer Verlängerung der Beatmungszeit andererseits (Bl. 372 d.A.). Die Menge der dem Kläger verabreichten Beruhigungsmittel -Valium und lytischer Cocktail - kann, wie Prof. H. nachvollziehbar errechnet hat, ohnehin nicht als kritische Überdosierung bewertet werden (Bl. 350, 359, 364 d.A.). Eine unverantwortliche Überdosierung an Sedativa ist danach zu keinem Zeitpunkt vorgekommen (Bl. 372 d.A.). Der Ansicht des Privatgutachters Prof. S., der Kläger habe extrem hohe Dosen von Beruhigungsmitteln erhalten, wodurch die zentral nervöse Autoregulation verhindert worden sei (Bl. 79, 80 d.A.), haben die Gerichtssachverständigen mit demnach überzeugenden Gründen widersprochen. Dasselbe gilt für die kritische Anmerkung von Prof. E., die Dosis der verabreichten Sedativa sei für den Kläger "enorm hoch" gewesen (Seite 3 seines Gutachtens).

##blob##nbsp; 186

6.) 187

##blob##nbsp; 188

Bei der Wahl der Tubusgrößen haben die Beklagten zu 2. bis 4. keine Behandlungsfehler 189 begangen. Auch die vom Kläger gerügte zeitweilige Verwendung eines Tubus der Größe Charriere 22 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Nach dem auf einschlägige Fachliteratur gestützten Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. H. soll eine Tubusgröße von 20 Charriere bei einem Körpergewicht des Kindes zwischen 10 und 15 kg und von 22 Charriere bei einem Gewicht zwischen 15 und 20 kg verwendet werden. Die Frage, welches Gewicht der Kläger zum damaligen Zeitpunkt hatte, ist anhand der Krankenunterlagen zwar nicht zu beantworten, kann aber letztendlich auch offenbleiben. Bei dem von Prof. E. erwähnten Körpergewicht von 16 bis 17 kg entspricht die Tubengröße 22 Charriere ohnehin den Regeln. Selbst wenn jedoch der Kläger, wie von dem Sachverständigen Prof. Dr. H. geschätzt, nur 12 kg gewogen haben sollte, ist - so der Sachverständige - die Verwendung eines solchen Tubus noch nicht als eindeutig fehlerhaft anzusehen und die Auffassung, ein Tubus dieser Größe habe Stridor und Trachealstenose verursacht, abzulehnen (Bl. 375 d.A.).

##blob##nbsp; 190

7.) 191

##blob##nbsp; 192

Auch die Nichtvornahme eines Luftröhrenschnitts im Krankenhaus der Beklagten zu 1. 193 stellt keinen vorwerfbaren Fehler dar. Nach der Einschätzung des Sachverständigen Prof. C. war es richtig, auch nach dem Auftreten des Stridors am 30. Juli 1980 noch weiter zu intubieren anstatt eine Tracheotomie durchzuführen. Zur Begründung hat Prof. C. darauf hingewiesen, daß Kleinkinder wegen der Gefahr, zum Dauerkanülenträger zu werden, extrem selten und nur nach vergeblichen anderen Bemühungen tracheotomiert wurden (Bl. 136 d.A.). Bei seiner mündlichen Anhörung hat der Sachverständige hinzugefügt, nach seiner Auffassung finde bei Kindern die Tracheotomie "so gut wie nie" statt (Bl. 414 d.A.). Dem hat zwar Prof. Dr. H. entgegengehalten, während des stationären Aufenthalts des Klägers im

Krankenhaus L. hätte eine Tracheo-tomie, deren Risiken bei richtiger Versorgung und Anleitung des Pflegepersonals sehr gering seien, durchaus in Betracht gezogen werden sollen; denn ein Luftröhrenschnitt hätte mit wesentlich größerer Erfolgsaussicht eine raschere Entwöhnung des Kindes von der maschinellen Beatmung ermöglicht und zum anderen mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu geführt, daß die Stenose im Kehlkopfbereich weniger ausgeprägt wäre (Bl. 376 d.A.). Bei der mündlichen Erläuterung seines Gutachtens hat Prof. Dr. H. indessen ergänzend darauf hingewiesen, daß eine Tracheotomie nach seiner Einschätzung "klüger" gewesen wäre, daß es zu dieser Frage aber - wie auch die Ausführungen von Prof. C. zeigen - unterschiedliche Einstellungen gegeben habe (Bl. 416 d.A.). Bei dieser Sachlage kann die Entscheidung der den Kläger behandelnden Ärzte, von einem Luftröhrenschnitt abzusehen, nicht als Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht gewertet werden.

194

8.) 195

196

Ein schuldhaftes Fehlverhalten ist ferner nicht daraus abzuleiten, daß der Kläger nicht zu 197 einem früheren Zeitpunkt in eine Kinderklinik verlegt worden ist. Der Sachverständige Prof. C. hält den von dem Privatgutachter Prof. E. erhobenen Vorwurf, der Kläger hätte nicht in der allgemeinen operativen Intensivtherapiestation des Krankenhauses der Beklagten zu 1. behandelt werden dürfen, unter Hinweis darauf, daß es sich hier um die operative Intensivtherapiestation eines Krankenhauses der Maximalversorgung handele, welches immer wieder auch mit der Behandlung von Kindern befaßt sei, für schlicht abwegig. Seiner Einschätzung nach hat es von fachlicher Seite aus keinerlei Gründe gegeben, den Kläger in eine Kinderklinik zu verlegen, zumal in allen Intensivtherapiestationen großer Krankenhäuser auch Kinder maschinell beatmet würden (Bl. 186 d.A.). Diese überzeugenden Ausführungen werden durch das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. H. im Ergebnis nicht in Zweifel gezogen. Prof. Dr. H. hat es zwar einerseits als prinzipiell wünschenswert bezeichnet, intensivpflichtige Kinder auf einer spezialisierten Kinderintensivstation zu behandeln, aber zugleich betont, daß die Notwendigkeit einer Behandlung in einer Kinderklinik im Einzelfall von sachverständiger Seite nicht festgestellt werden könne (Bl. 377 d.A.).

198

Die Behauptung des Klägers schließlich, den Beklagten zu 2. bis 4. habe es an den für 199 die Gewährleistung einer optimalen Behandlung ausreichenden Kenntnissen ermangelt, ist nicht nachvollziehbar erläutert und zu pauschal, um der Frage nach der persönlichen Kompetenz der behandelnden Ärzte, für deren Fehlen auch keine Anhaltspunkte erkennbar sind, weiter nachzugehen.

200

II. 201

202

Ersatzansprüche des Klägers rechtfertigen sich auch nicht aus einer Verletzung der 203 ärztlichen Aufklärungspflicht.

204

Der Kläger hält die Fortsetzung der Langzeitbeatmung deshalb für rechtswidrig, weil seine Eltern - wie er behauptet - weder auf die Möglichkeit einer frühzeitigen Tracheotomie noch auf die mit der Langzeitintubation verbundenen Risiken hingewiesen worden seien. Richtig ist allerdings, daß der Patient über Behandlungsalternativen aufgeklärt werden muß, wenn die Methode des Arztes nicht die der Wahl ist oder wenn konkret eine echte Alternative mit gleichwertigen Chancen, aber andersartigen Risiken besteht (Steffen S. 92). Im vorliegenden Fall wäre als echte Alternative zur Langzeitbeatmung allenfalls und, da andere Behandlungsmöglichkeiten nach den übereinstimmenden Gutachten der Gerichtssachverständigen nicht zur Verfügung gestanden haben, auch allein eine Tracheotomie in Betracht gekommen. Ob den Beklagten zu 2. bis 4. insoweit ein Aufklärungsversäumnis anzulasten ist, kann aber letztlich dahinstehen. Der Patient hat nämlich darzulegen und zu beweisen, daß die Schadensfolge, für die er Ersatz verlangt, auch wirklich durch den eigenmächtigen Eingriff des Arztes verursacht worden ist und nicht auf andere Ursachen zurückgeht (Steffen S. 109, 110). Den ihm in dieser Hinsicht obliegenden Beweis hat der Kläger jedoch nicht erbracht. Es kann nicht festgestellt werden, daß die Trachealstenose gerade infolge der Langzeitbeatmung entstanden ist. Wie dargelegt, kommt auch die - medizinisch richtige - Intubation bei der notfallmäßigen Erstversorgung als Schadensursache ernsthaft in Frage. Unter diesen Umständen scheidet eine Haftung der Beklagten auch unter dem Gesichtspunkt einer Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht aus.

##blob##nbsp; 206

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, der Ausspruch über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf § 708 Nr. 10, 711 ZPO. 207

##blob##nbsp; 208

Berufungsstreitwert: 209

##blob##nbsp; 210

Antrag zu 1. = 50.000,00 DM Antrag zu 2. = 6.000,00 DM (§ 17 Abs. 2 GKG) Antrag zu 3. = 5.000,00 DM 61.000,00 DM 211

##blob##nbsp; 212

Beschwer für den Kläger: über 60.000,00 DM 213