
Datum: 22.09.2010
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 211/08
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2010:0922.5U211.08.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 263/06

Tenor:

Die Berufung des Beklagten zu 1) gegen das am 12. November 2008 verkündete Grund- und Teilurteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts L - 25 O 263/06 - wird zurückgewiesen.

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 12. November 2008 verkündete Grund- und Teilurteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts L - 25 O 263/06 - im Kostenpunkt und insoweit aufgehoben, als die gegen die Beklagte zu 2) gerichtete Klage abgewiesen worden ist.

Die Klage ist in den Anträgen zu 1) und 2) gegenüber beiden Beklagten dem Grunde nach gerechtfertigt.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche künftigen immateriellen sowie alle materiellen Ansprüche, die ihr infolge der fehlerhaften Behandlung im April 2003 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.

Soweit der Senat die gegen die Beklagte zu 2) gerichtete Klage dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt hat, wird die Sache zur weiteren Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten

des Berufungsverfahrens, an das Landgericht zurückverwiesen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

A.

Bei der am 8.8.2002 geborenen Klägerin traten am Ostermontag, dem 21.4.2003, Erbrechen und Durchfall auf. Sie wurde von ihrer Mutter nach 23.00 Uhr in der Ambulanz der V L vorgestellt. Der Arzt Dr. M diagnostizierte nach körperlicher Untersuchung sowie einer Bestimmung der Blutgase und der Serumelektrolytkonzentration, die normale Werte ergab, einen Magen-Darm-Infekt und verordnete InfectoDiarrstop (Elektrolytlösung) und Perenterol sowie die Gabe von Tee. Bei Verschlechterung sollte eine Wiedervorstellung erfolgen. Die Mutter der Klägerin suchte am 22.4.2002 mit ihrem Kind vormittags den Beklagten zu 1), einen niedergelassenen Kinderarzt, auf, übergab den Arztbericht von Dr. M und berichtete ausweislich der Dokumentation des Beklagten zu 1) Folgendes: "Seit gestern Erbrechen, hält nichts bei sich, gestern 2 mal Durchfall, heute noch kein Durchfall aber schon erbrochen, kein Fieber." Nach körperlicher Untersuchung injizierte und verordnete der Beklagte zu 1) Vomex und Paspertin. Ferner händigte er der Mutter der Klägerin ein von ihm verfasstes Merkblatt über den Magen-Darm-Infekt bei Säuglingen und Kleinkindern aus. Am Vormittag des 24.4.2003 übergab eine Helferin des Beklagten zu 1) der Mutter der Klägerin ein Wiederholungsrezept, das sich auf die bereits von Dr. M verordneten Medikamente bezog.

Am 24.4.2003 nach 16.00 Uhr brachte die Mutter der Klägerin, die wie bei den vorausgegangenen Arztbesuchen von der Großmutter begleitet wurde, die Klägerin in die Praxis der Beklagten zu 2), einer Kinderärztin. In der Karteikarte sind "Magen-Darm-Virus", die Anamnese, insbesondere dass das Kind jetzt nicht trinke, und der Befund der Untersuchung vermerkt. Darauf folgt die Eintragung: "Versuch m. strenger Diät z.B. Tee, HN [Heilnahrung] mind 700 – 1000 ml bis abends, sonst Klinik, Aufklärung über die Notwendigkeit KH, Oma meint bei ihr würde Kind gut trinken, E mündlich abgelehnt." Am Morgen des 25.4.2003 fanden zwei Telefonate zwischen der Mutter der Klägerin und der Beklagten zu 2) statt, deren genauer Inhalt streitig ist. In der Karteikarte der Beklagten zu 2) ist zu den beiden Gesprächen als erteilter Hinweis vermerkt: " (...) Klinik oder zumindest Wv Arzt" und "sofort Klinik oder Wv".

Am Vormittag des 25.4.2003 suchte die Mutter der Klägerin die Universitätskinderklinik L mit ihrem Kind auf. Die Klägerin wurde jedenfalls ab 10.40 Uhr auf der Intensivstation behandelt. Die Ärzte stellten eine schwerste hypertone Dehydration/Toxikose fest. Die Klägerin leidet seitdem an einer Hirnschädigung. Insbesondere kann sie bei erheblichen sonstigen motorischen Störungen nicht selbständig laufen und weist eine allgemeine und sprachliche Entwicklungsverzögerung auf.

Die Klägerin hat den Beklagten gestützt auf ein Gutachten von Prof. Dr. T vor allem vorgeworfen, eine Blutgas- und Blutelektrolytanalyse unterlassen und eine Krankenhauseinweisung nicht veranlasst zu haben. Sie hat behauptet, dass ihre Mutter am Nachmittag des 22.4.2003 in der Praxis des Beklagten zu 1) vergeblich nach einem Termin

gefragt habe. Am 23.4.2003 zwischen 10 und 11 Uhr und am Morgen des 24.4.2003 sowie erneut gegen 15.30 Uhr seien ihre Mutter und sie von einer Arzthelferin in der Praxis des Beklagten zu 1) abgewiesen worden. Die Beklagte zu 2) habe nicht zum Aufsuchen eines Krankenhauses geraten. Die entsprechende Frage der Großmutter der Klägerin habe die Beklagte zu 2) am 24.4.2003 eindeutig verneint. Den zusätzlichen Pflegeaufwand in der Zeit vom 1.5.2003 bis 30.6.2006 hat die Klägerin mit 79.720,00 € und bestimmte weitere materielle Schäden (S. 23 der Klageschrift, Bl. 23 d.A.) mit 6.607,87 € beziffert.

Die Klägerin hat beantragt,

7

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie aus der fehlerhaften Behandlung ab April 2003 ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Betrag in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 500.000 € nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 1.12.2003,

2. die Beklagten weiter als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 86.327,87 € zu zahlen nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 1.12.2003 ,

9

3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin sämtliche künftigen immateriellen sowie alle materiellen Ansprüche, die ihr infolge der fehlerhaften Behandlung ab April 2003 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.

10

Die Beklagten haben beantragt,

11

die Klage abzuweisen.

12

Sie haben die ihnen angelasteten Behandlungsfehler in Abrede gestellt. Als die Klägerin sich am 22.4.2003 beim Beklagten zu 1) vorgestellt habe, sei die Fortführung der am Vorabend in der V L begonnenen oralen Rehydratation die Therapie der Wahl gewesen. Die Klägerin und ihre Mutter hätten in den folgenden Tagen, von der Ausstellung des Wiederholungsrezepts am 24.4.2003 abgesehen, keinen Kontakt zum Beklagten zu 1) und zu dessen Praxis aufgenommen. Die Beklagte zu 2) habe der Mutter und der Großmutter der Klägerin am 24.4.2003 in erster Linie die Einweisung in ein Krankenhaus angeraten, was abgelehnt worden sei. Sodann habe sie erläutert, dass die Klägerin in jedem Fall bis zum Abend noch 700 bis 1000 ml trinken und andernfalls in einer Klinik vorgestellt werden müsse.

13

Das Landgericht hat das Gutachten von Prof. Dr. C vom 11.3.2007 (Bl. 109 ff. d.A.) nebst Ergänzung vom 11.1.2008 (Bl. 220 ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen angehört (Bl. 371 ff. d.A.). Ferner hat es die Beklagte zu 2) und die Mutter der Klägerin angehört und die Zeugen B Ta (Großmutter), K Ta (Großvater) und Taa S vernommen (Bl. 371 ff. d.A.).

14

Daraufhin hat es die Klage, soweit Leistung begehrt wird, gegenüber dem Beklagten zu 1) dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt und insoweit die begehrte Feststellung ausgesprochen. Die gegen die Beklagte zu 2) gerichtete Klage hat es abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt:

15

Die Behandlung durch den Beklagten zu 1) sei fehlerhaft gewesen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen habe in Anbetracht des anhaltenden Erbrechens die Indikation für eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr bestanden, die nur in der Klinik habe erfolgen können. Anscheinend habe der Beklagte zu 1) die Klägerin nur auf das Vorliegen einer isotonen, nicht

16

aber einer hypertonen Dehydration untersucht. Neben weiteren nicht dokumentierten Untersuchungen (Wachheitsgrad, Reaktion auf Außenreize, Tränenbildung beim Schreien, Zustand und Elastizität der Haut (Turgor), kapillare Füllungszeit, Niveau der Fontanelle, Feuchtigkeit von Zunge und Mundschleimhaut, Puls und Atmung, Ketonkörperbestimmung, Gewichtsbestimmung, Messung der Körpertemperatur) sei eine Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltsbestimmung zwingend erforderlich gewesen. Nur das unauffällige Ergebnis einer solchen Bestimmung habe das Unterlassen der sofortigen Klinikeinweisung rechtfertigen können. Das Unterlassen zahlreicher Untersuchungen, insbesondere der Elektrolyt- und Blutgasbestimmung, sowie das Unterlassen der Klinikeinweisung sei als grober Behandlungsfehler zu werten. Die gravierenden Folgen einer Behandlungsverzögerung müssten für einen Kinderarzt auf der Hand liegen. Ausgehend hiervon werde vermutet, dass die Unterlassung der Untersuchungen und der Krankenhauseinweisung für den später eingetretenen Primärschaden, die Hybernatriämie, ursächlich geworden sei. Die Unterlassung sei generell geeignet gewesen, den Gesundheitsschaden der Klägerin herbeizuführen. Denn nach den Feststellungen des Sachverständigen habe in jedem Fall die Indikation zur intravenösen Flüssigkeitszufuhr in der Klinik bestanden, die den vorliegenden Verlauf abgewendet hätte. Den Beweis eines fehlenden Kausalzusammenhangs habe der Beklagte zu 1) nicht geführt.

Ein Behandlungsfehler der Beklagten zu 2) sei dagegen nicht erwiesen. Ein Behandlungsfehler habe nicht vorgelegen, wenn – wie der Sachverständige erläutert habe – die Beklagte zu 2) am 24.4.2003 eine Krankenhauseinweisung empfohlen habe, eine solche aber von der Mutter der Klägerin abgelehnt worden sei. Die Beklagte zu 2) habe den Behandlungsverlauf in der mündlichen Verhandlung nachvollziehbar erläutert. Weil sie die Situation nicht sicher habe abschätzen können, habe sie geraten, die Klägerin besser in einem Krankenhaus vorzustellen und habe hierzu eine Einweisung ausgefüllt. Da die Großmutter der Klägerin erklärt habe, sie werde es schon schaffen, habe sie, die Beklagte zu 2), erklärt, dass die Klägerin jedenfalls bis zum Abend noch 700 ml trinken und ansonsten notwendig in der Klinik vorgestellt werden müsse. Sie habe erläutert, dass diese Vorstellung notwendig sei, weil eine Verschiebung der Salze im Körper mit dem Leben nicht vereinbar sei. Dieser Verlauf sei – so das Landgericht – in der Dokumentation niedergelegt. Den Beweis eines abweichenden Behandlungsverlaufs habe die Klägerin nicht geführt. Es bestünden keine Zweifel daran, dass es sich bei der vorgelegten Dokumentation um die Originalbehandlungskarte der Beklagten zu 2) handle. Der Darstellung der vernommenen Zeugen vermöge die Kammer jedenfalls nicht in größerem Maße zu vertrauen als derjenigen der Beklagten zu 2). Die Dringlichkeit der Krankenhauseinweisung habe die Beklagte zu 2) mit dem Hinweis, die bei der Klägerin vorliegende Verschiebung der Salze sei mit dem Leben nicht vereinbar, in ausreichender Form verdeutlicht.

17

Hiergegen wenden sich der Beklagte zu 1) und die Klägerin mit der Berufung. Der Beklagte zu 1) macht geltend, dass die Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. C für die Behauptung eines groben Behandlungsfehlers keine taugliche Grundlage bildeten. Die Ausführungen des Sachverständigen bei seiner Anhörung verhielten sich nur unzureichend zu den Einwendungen der Beklagten. Zudem habe das Landgericht die Beweisanträge im Schriftsatz vom 31.3.2008, insbesondere den Antrag auf Vernehmung des Zeugen Dr. M, übergangen. Zu der Frage, worin genau der angebliche grobe Behandlungsfehler zu erblicken sei, äußere sich das landgerichtliche Urteil nur unscharf. Die Klägerin sei am 21./22.4.2003 nachts wegen eines Magen-Darm-Infekts ohne sonstige Begleitsymptome in der V L untersucht worden. Der Säure-Basen-Haushalt sei ausgeglichen gewesen. Gleiches gelte für die Serum-Elektrolyten. Etwa 8 bis 10 Stunden später sei das Kind sodann erstmalig in der Praxis des Beklagten zu 1) untersucht worden. Der körperliche Befund sei unverändert gewesen.

18

Klinische Zeichen für eine Verschlechterung seien nicht zu erfragen oder durch die eingehende Untersuchung zu finden gewesen. Eine Wiedervorstellung in der Praxis des Beklagten zu 1) sei anschließend nicht erfolgt. Der Sachverständige habe dargelegt, dass im Falle einer Verschlechterung der Symptomatik eine Wiedervorstellung zur Wiederholung der Bestimmung des Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalts als notwendig anzusehen gewesen sei. Eine derartige Verschlechterung des Gesamtzustandes der Klägerin habe sich indes nach der vom Beklagten zu 1) vorgenommenen Untersuchung am 22.4.2003 gerade nicht präsentiert.

Bei den Feststellungen zur Kausalität sei unberücksichtigt geblieben, dass die Angehörigen der Klägerin sich beharrlich über sämtliche Hinweise der Behandler hinweggesetzt und entgegen mehrfach ergangener ausdrücklicher Anweisung sich nicht in stationäre ärztliche Behandlung begeben hätten. Auch im Falle einer Beweislastumkehr wegen eines groben Behandlungsfehlers könne der Behandlungsseite der Kausalitätsgegenbeweis nicht abgeschnitten werden. Stehe indes – wie dargelegt und unter Beweis gestellt worden sei – fest, dass eine hypertone Dehydration zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 22.4.2003 durch den Beklagten zu 1) nicht vorgelegen habe, könne auch nicht von einer Kausalität der angeblichen Versäumnisse des Beklagten zu 1) für die Gesundheitsschäden der Klägerin ausgegangen werden. 19

Die Klägerin macht geltend, dass die Beklagte zu 2) wesentliche Befunde nicht erhoben habe. Sie habe die Körpertemperatur nicht gemessen, der Feuchtigkeit der Schleimhäute keine Beachtung geschenkt und eine Blutgas- und Blutelektrolytanalyse nicht veranlasst. Entgegen der Auffassung des Landgerichts sei vor allem bewiesen, dass die Beklagte zu 2) die Klägerin nicht – wie nach den Ausführungen von Prof. Dr. C erforderlich – sofort in ein Krankenhaus eingewiesen habe und deren Mutter nicht auf die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Untersuchung und Behandlung dort hingewiesen habe. Schon nach ihrer eigenen Darstellung in der erstinstanzlichen Verhandlung habe die Beklagte zu 2) eine Vorstellung in der Klinik nur für den Fall als notwendig erachtet und angeraten, dass die Klägerin bis zum Abend nicht noch mindestens 700 ml trinke. Über eine Krankenhauseinweisung sei mit der Mutter und der Großmutter der Klägerin allerdings überhaupt nicht gesprochen worden. Das bei den Krankenunterlagen befindliche – ohnehin unvollständig ausgefüllte – Formular "Verordnung von Krankenhausbehandlung" sei nicht in ihrer Gegenwart ausgestellt worden. Die erstmals bei ihrer persönlichen Anhörung vorgebrachte Behauptung der Beklagten zu 2), sie habe gesagt, "dass die Verschiebung der Salze nicht mit dem Leben vereinbar sei", werde bestritten. Mit der angeblichen Äußerung hätten die Mutter und die Großmutter der Klägerin ohnehin nichts anfangen können. 20

Der Beklagte zu 1) beantragt, 21

die Klage unter Abänderung des angefochten Urteils insgesamt abzuweisen. 22

Die Klägerin beantragt, 23

die Berufung des Beklagten zu 1) zurückzuweisen. 24

unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Beklagte zu 2) gesamtschuldnerisch mit dem Beklagten zu 1) nach den in I. Instanz zuletzt gestellten 25

Anträgen zu verurteilen, 26

Die Beklagte zu 2) beantragt, 27

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.	28
Die Klägerin verteidigt, soweit eine Verurteilung des Beklagten zu 1) erfolgt ist, das angefochtene Urteil. Die Beklagte zu 2) beruft sich auf eine ausreichende Sicherungsaufklärung, bestreitet die Kausalität eines etwaigen Behandlungsfehlers für den Schaden der Klägerin und wendet ein Mitverschulden der Angehörigen der Klägerin ein.	29
Der Senat hat in der Sitzung vom 9.9.2009 die Mutter der Klägerin und die Beklagte zu 2) angehört sowie die Zeugin B Ta (Großmutter) vernommen (Bl. 535 ff. d.A.). Daraufhin hat er aufgrund des Beweisbeschlusses vom 21.10.2009 (Bl. 578 f. d.A.) die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. C vom 9.2.2010 (Bl. 594 ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen in der Sitzung vom 23.6.2010 angehört (Bl. 645 ff. d.A.).	30
Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.	31
B.	32
Die Berufung des Beklagten zu 1) ist unbegründet. Die Berufung der Klägerin hat demgegenüber insoweit Erfolg, als sie zu einer Verurteilung der Beklagten zu 2) dem Grunde nach und zur Feststellung ihrer Ersatzpflicht führt.	33
Sowohl der Beklagte zu 1) als auch die Beklagte zu 2) schulden der Klägerin dem Grunde nach gemäß §§ 823 Abs. 1, 280 Abs. 1, 253 Abs. 2 BGB Schmerzensgeld (Klageantrag zu 1) und Schadensersatz (Klageantrag zu 2), weil sie die am 25.4.2003 festgestellte schwerste hypertone Dehydratation/Toxikose und die hierauf beruhenden Folgeschäden jeweils durch einen Behandlungsfehler verursacht haben. Dementsprechend ist der auf Feststellung der Ersatzpflicht gerichtete Klageantrag zu 3) im Verhältnis zu beiden Beklagten begründet.	34
I. Haftung des Beklagten zu 1)	35
1. Der Beklagte zu 1) hätte die Klägerin am 22.4.2003, sofern nicht eine hypertone Dehydratation durch ein unauffälliges Ergebnis einer Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung ausgeschlossen war, in ein Krankenhaus einweisen müssen, damit dort der Zustand des Kindes durch eine Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung geklärt und gegebenenfalls eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr eingeleitet werden konnten.	36
Der Sachverständige Prof. Dr. C, der darüber hinaus die Vornahme/Dokumentation zahlreicher, im landgerichtlichen Urteil genannter Einzeluntersuchungen gefordert hat, hat in erster Instanz ausgeführt, dass bei lang anhaltendem Erbrechen – welches am 22.4.2003 im Untersuchungszeitpunkt vorgelegen habe – die Indikation zur intravenösen Flüssigkeitszufuhr bestehe, die im Allgemeinen nur in einer Klinik durchgeführt werden könne (Bl. 111 d.A.). Mit dem gleichzeitigen Auftreten von protrahierten Durchfall und Erbrechen sei bei einem Säugling der Zeitpunkt gekommen, in dem der Zustand durch eine rein orale Flüssigkeitszufuhr nicht mehr zu bewältigen sei (Bl. 113 d.A.). Von einer Klinikeinweisung habe nur dann abgesehen werden dürfen, wenn eine hypertone Dehydratation als seltenere aber gefährliche Dehydrationsform durch die Bestimmung des Serumelektrolyt- und Säure-Basenhaushalts und den Nachweis normaler Verhältnisse ausgeschlossen worden wäre (Bl. 113, 114 d.A.).	37
An dieser Beurteilung hat der Sachverständige Prof. Dr. C im Berufungsverfahren trotz der erhobenen Einwendungen festgehalten (Bl. 598 d.A.). Der von den Beklagten unter Berufung	38

auf den Aufsatz von Prof. Dr. Koletzko/Osterrieder (Deutsches Ärzteblatt 2009, 539 ff., Bl. 515 ff. d.A.) vertretenen Auffassung, dass in Fällen einer akuten Durchfallerkrankung im Kindesalter eine Therapie mittels einer oralen Rehydrierungslösung ohne Klinikeinweisung ausreichend sei, ist er zwar nicht grundsätzlich entgegen getreten. Das wissenschaftliche Konzept der oralen Rehydrierung sei vielmehr hervorragend (Bl. 594 d.A.). Insbesondere da viele Kinder die Rehydrierungslösung wegen ihres Geschmacks verweigerten, sei aber bei Fortsetzung einer entsprechenden Therapie zu klären, was und wie viel das Kind getrunken habe, sowie, ob erbrochen worden und Durchfall aufgetreten sei. Ferner sei vom Kinderarzt in seiner Praxis durch Beobachtung, etwa nach längerem Alleinlassen von Mutter und Kind, zu kontrollieren, wie viel das Kind tatsächlich trinke. Schließlich seien klare Anweisungen und Ratschläge hinsichtlich der im weiteren Verlauf aufzunehmenden Flüssigkeitsmenge und der Notwendigkeit einer Aufnahme in einer Klinik bei weiterem Erbrechen und weiterem Durchfall zu erteilen (Bl. 594 f., 647 f. d.A.). So liege es hier nicht. Dass der Beklagte zu 1) erfragt habe, was die Klägerin tatsächlich getrunken habe, lasse sich den Behandlungsunterlagen, obwohl dieser Umstand dokumentationspflichtig sei, nicht entnehmen (Bl. 648 f. d.A.).

Die Ausführungen von Prof. Dr. C sind in sich schlüssig und überzeugend. Die acht Monate alte Klägerin litt seit dem 21.4.2003 zunächst an Erbrechen, dann auch an Durchfall, wie sich insbesondere aus der von Dr. M in der V L erhobenen Anamnese ergibt. Ausweislich der Dokumentation des Beklagten zu 1) hatte die Klägerin am 22.4.2003 noch keinen Durchfall, aber schon erbrochen. Der Sachverständige Prof. Dr. C hat weiter erläutert, dass die Entwicklung einer hypertonen Dehydration, bei der mehr Wasser als Salze verloren wird und die aufgrund osmotischer Vorgänge eine Verlagerung von Flüssigkeit vom intrazellulären Raum in das Gefäßsystem mit sich bringt, kaum an klinischen Zeichen zu erkennen sei (Bl. 118, 119, 221 d.A.). Die klassischen Zeichen einer Dehydration, insbesondere eine Kreislaufproblematik, entwickelten sich zunächst nicht, während zuerst neurologische Auffälligkeiten auftraten (Bl. 115, 221 d.A.). Vor diesem Hintergrund sowie angesichts der relativen Häufigkeit hypertoner Dehydratationen, die vom Sachverständigen mit etwa 20 % (Bl. 112 d.A.) und von den Beklagten mit immerhin noch über 11 % (Bl. 190 d.A.) angegeben worden ist, und ihrer Gefährlichkeit – es drohen irreversible neurologische Schädigungen – leuchtet es ein, dass ein niedergelassener Kinderarzt bei langanhaltendem Brechdurchfall den Weg einer Klinikeinweisung wählen muss, wenn er nicht eine hypertone Dehydration durch eine Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung ausschließt. Dass die vom Konzept her mögliche Fortsetzung einer Behandlung mittels einer oralen Rehydrierungslösung nur dann eine Alternative darstellen kann, wenn nach dem Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und Befragung eine ausreichende Aufnahme bisher erfolgt und auch künftig gewährleistet ist, liegt auf der Hand. Die praktischen Schwierigkeiten einer Therapie mittels einer oralen Rehydrierungslösung, die auf deren Ablehnung durch die betroffenen Kinder beruhen, hat auch die Beklagte zu 2) in ihrer Anhörung durch den Senat bestätigt (Bl. 539 d.A.).

39

Gegenüber der Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. C hat der Beklagte zu 1) keine durchgreifenden Einwände erhoben. Soweit der Beklagte zu 1) rügt, dass der Sachverständige selbst nur im Falle einer Verschlechterung des Zustands eine Wiedervorstellung in der Klinik (und damit eine Wiederholung der Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung) als erforderlich angesehen habe, verkennt der Beklagte zu 1), dass eine derartige Verschlechterung entgegen der von ihm vertretenen Auffassung nach den Ausführungen des Sachverständigen gerade vorgelegen hat (Bl. 111, 113 d.A.). Die Symptome hatten trotz der vom Arzt Dr. M verordneten Behandlung angehalten. Die Klägerin hatte erneut erbrochen. Das Fehlen klinischer Zeichen einer Dehydration, auf das der Beklagte zu 1) in der Berufungsbegründung ferner verwiesen hat, sprach nicht gegen eine hypertone Dehydrationsform. Solche Zeichen waren in diesem Fall nach den Erläuterungen

40

des Sachverständigen gerade nicht oder kaum zu erwarten.

Die im Schriftsatz vom 4.8.2010 herausgestellte Erklärung des Sachverständigen Prof. Dr. C in der Sitzung vom 23.6.2010 "Wenn tatsächlich seit der Vorstellung in der Klinik nur einmal erbrochen wurde und sonst nichts geschehen war, auch kein Durchfall aufgetreten, so hätte ich wohl auch zu keiner Elektrolytbestimmung geraten" (Bl. 648 d.A.), steht nach dem Zeitpunkt und dem Zusammenhang ihrer Äußerung ersichtlich unter dem Vorbehalt, dass eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme durch die Klägerin erfolgt und gewährleistet war. Gegen die Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. C, dass der Umfang der Flüssigkeitsaufnahme bei Brechdurchfall dokumentationspflichtig sei, wendet sich der Beklagte zu 1) im Schriftsatz vom 4.8.2010 ebenfalls ohne Erfolg. Für künftige therapeutische Entscheidungen des Beklagten zu 1) oder eines anderen Arztes konnte es entscheidend auf diesen Umstand ankommen. Dass der Beklagte zu 1), anders als es dem Inhalt seiner Dokumentation entspricht, am 22.4.2003 die Flüssigkeitsaufnahme der Klägerin erfragt hat, hat er weder substantiiert dargelegt – es fehlt jeglicher Vortrag zur Trinkmenge in ml – noch unter Beweis gestellt. 41

Entgegen der Auffassung des Beklagten zu 1) war schließlich eine weitere Sachaufklärung, insbesondere eine Vernehmung des Arztes Dr. M, nicht erforderlich. Der Sachverständige Prof. Dr. C hat dessen Bericht über die Vorstellung der Klägerin in der Ambulanz der V L am 21.4.2003 zugrunde gelegt. Dokumentationslücken, die eine weitere Sachaufklärung hätten gebieten können, sind in diesem Zusammenhang weder dargetan noch ersichtlich. 42

2. Der Behandlungsfehler des Beklagten zu 1) ist für den am 25.4.2003 festgestellten Eintritt einer schwersten hypertonen Dehydration/Toxikose ursächlich geworden. 43

a) Dies würde selbst dann gelten, wenn man das Unterlassen des Rats, sich in einem Krankenhaus vorzustellen, als einfachen Behandlungsfehler einordnen würde. 44

Es ist anzunehmen, dass die Mutter der Klägerin einer entsprechenden Empfehlung des Beklagten zu 1) am 22.4.2003 nachgekommen wäre und mit der Klägerin ein Krankenhaus aufgesucht hätte. Auch in Fällen der Verletzung der ärztlichen Pflicht zur Sicherungsaufklärung spricht, wenn es um einen auf eine bestimmte Verhaltensweise ausgerichteten Rat oder Hinweis geht, eine Vermutung für ein aufklärungsrichtiges Verhalten (BGH VersR 1989, 700 f.; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht 11. Aufl. Rdn. 707). So liegt es hier. Nachdem der Beklagte zu 1) eine Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung nicht veranlasst und das Trinkverhalten der Klägerin als Voraussetzung für eine Therapie mittels oraler Rehydrationslösung nicht geklärt hatte, gab es zur Einweisung in ein Krankenhaus und zur Vorstellung der Klägerin dort keine ernsthafte Verhaltensalternative. 45

Die Vermutung ist nicht erschüttert. Die Mutter der Klägerin hat sich mit ihrem Kind während dessen Erkrankung zumindest am Abend des 21.4.2003, am 22.4.2003, am 24.4.2003 und am 25.4.2003 in der V L bzw. in einer Kinderarztpraxis vorgestellt. Schon diese dichte, eine erhebliche Besorgnis belegende Abfolge deutet darauf hin, dass sie den Rat, mit ihrer Tochter ein Krankenhaus aufzusuchen, befolgt hätte. Jedenfalls sofern die Mutter der Klägerin Zweifel an der Sinnhaftigkeit einer Krankenhauseinweisung zum Ausdruck gebracht hätte, hätte der Beklagte zu 1) sie zudem in verständlicher Weise über deren Notwendigkeit und Dringlichkeit, insbesondere über die bei einem Unterbleiben drohenden Folgen, aufklären müssen. Von einer Erschütterung der Vermutung hätte lediglich ausgegangen werden können, wenn die Mutter der Klägerin sich in anderem Zusammenhang in nicht nachvollziehbarer Weise über ihr erteilte ärztliche Ratschläge hinweggesetzt hätte. So liegt es entgegen der Auffassung des Beklagten zu 1) nicht. Soweit die Mutter der Klägerin ihr 46

Kind am 22.4.2003 nicht in der V L, sondern während üblicher Öffnungszeiten in der Praxis des Beklagten zu 1) wiedervorgestellt hat, durfte sie darauf vertrauen, bei der Notwendigkeit einer stationären Behandlung in ein Krankenhaus weiter verwiesen zu werden. Dass sie seitens des Arztes Dr. M am 21.4.2003 darauf hingewiesen worden wäre, dass entscheidende diagnostische und therapeutische Maßnahme nur im Krankenhaus vorgenommen werden konnten, ist weder den Behandlungsunterlagen zu entnehmen noch vorgetragen. Soweit die Mutter der Klägerin am 24.4.2003 oder nach den Telefongesprächen am Morgen des 25.4.2003 den – streitigen – Empfehlungen der Beklagten zu 2), mit der Klägerin sofort (oder jedenfalls bei Nichtaufnahme einer Flüssigkeitsmenge von 700 bis 1000 ml bis zum Abend des 24.4.2003) ein Krankenhaus aufzusuchen, nicht gefolgt sein sollte, kann ihr dies nicht angelastet werden. Wie noch darzulegen sein wird, ist die Mutter der Klägerin am 24.4.2003 von der Beklagten zu 2) nicht vollständig und für sie verständlich über die für die Klägerin bestehende Gefahrenlage unterrichtet worden. Den Rückschluss, dass die Mutter der Klägerin eine ordnungsgemäße Sicherungsaufklärung des Beklagten zu 1) nicht beachtet hätte, rechtfertigen die Vorgänge am 24.4.2003 und 25.4.2003 demzufolge nicht.

Es kann allerdings nicht festgestellt werden, dass bei Aufnahme der Klägerin in einem Krankenhaus am 22.4.2003 sogleich eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr erfolgt wäre, die den späteren Eintritt einer schwersten hypertonen Dehydration vermieden hätte. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C hätte sich am 22.4.2003 bei einer Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung mit hoher Wahrscheinlichkeit noch kein auffälliger Befund gezeigt (Bl. 647, 651 d.A.). Ein weiterer Grund für eine intravenöse Behandlung hätte nach den Erörterungen des Sachverständigen vorgelegen, wenn die hinreichend sicher erfolgende Kontrolle des Trinkverhaltens ergeben hätte, dass die Klägerin nicht ordentlich trinkt (Bl. 651 d.A.). Wie das Trinkverhalten der Klägerin am 22.4.2003 gewesen wäre, lässt sich im Nachhinein nicht mehr klären, zumal hierzu weder etwas in den Behandlungsunterlagen des Beklagten zu 1) dokumentiert ist noch konkrete Trinkmengen von den Parteien vorgetragen werden.

47

Jedoch hätte eine Vorstellung der Klägerin am 22.4.2003 in einem Krankenhaus nach Überzeugung des Senats jedenfalls dazu geführt, dass die Klägerin bei nunmehr seit längerer Zeit andauerndem Brechdurchfall unter ärztlicher Kontrolle des Krankenhauses und der dort tätigen Ärzte – sei es stationär oder über die Vereinbarung ambulanter Wiedervorstellungen – geblieben wäre, da nur dort eine ausreichende Möglichkeit zu weiteren Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchungen und gegebenenfalls zu einer intravenösen Flüssigkeitstherapie bestanden hätte. Damit wäre gewährleistet gewesen, dass bei fortbestehender Erkrankung und weiterhin drohender hypertoner Dehydration entsprechend der von Prof. Dr. C dargelegten Praxis Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchungen durchgeführt worden wären und die Ärzte eine sich entwickelnde hypertone Dehydration rechtzeitig erkannt hätten, die dann mittels intravenöser Flüssigkeitszufuhr erfolgreich hätte behandelt werden können. Ein anderer Kausalverlauf hätte unter Zugrundelegung der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C bei frühzeitiger Klinikeinweisung allenfalls eine theoretische Möglichkeit dargestellt. Der Sachverständige geht davon aus, dass der Eintritt eines Gesundheitsschadens der Klägerin in diesem Fall "müheelos" hätte abgewandt werden können (vgl. Bl. 118 d.A.). Wie Prof. Dr. T dargelegt und Prof. Dr. C vor dem Senat bestätigt hat, ist eine unzureichende Diagnostik und Betreuung eines Säuglings mit Brechdurchfall in Mitteleuropa zu einer Rarität geworden (vgl. S. 15 des Gutachtens vom 1.12.2004, Anlage K 1, im Anlagenheft zur Klageschrift).

48

49

b) Der Behandlungsfehler des Beklagten zu 1) stellt allerdings auch nach Auffassung des Senats einen in Bezug auf die Kausalität zur Beweislastumkehr führenden groben Behandlungsfehler dar.

Ein grober Behandlungsfehler setzt neben einem eindeutigen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse voraus, dass der Arzt einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (BGH VersR 2007, 541 ff. m.w.Nachw.). Auch wenn der Sachverständige Prof. Dr. C den Behandlungsfehler nicht ausdrücklich als grob oder nicht mehr verständlich bezeichnet hat, tragen seine Ausführungen bei zusammenfassender Bewertung die Bhme eines groben Fehlers. Der Sachverständige ist in seinem schriftlichen Gutachten vom 11.3.2007 davon ausgegangen, dass es *eindeutig* gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstößt, einen Säugling unter den gegebenen Umständen nicht in eine Klinik einzuweisen (Bl. 114 d.A.). Dass die Situation bei drohender Dehydration eines Säuglings nur über eine Elektrolytbestimmung im Serum abzuschätzen sei, müsse – so der Sachverständige weiter – als *jederzeit abrufbares* Qualitätskriterium pädiatrischer fachärztlicher Tätigkeit gefordert werden (Bl. 119 d.A.). Auf Nachfrage des Landgerichts hat Prof. Dr. C in erster Instanz ergänzt, dass er mit einem Klinikangehörigen, der auf Art und Weise des Beklagten zu 1) praktizieren würde, sehr intensiv reden müsse. Ein Kandidat in der Facharztprüfung hätte gute Chancen durchzufallen (Bl. 375 d.A.). Vor dem Senat hat der Sachverständige erklärt, es sei eine gesicherte und bewährte Erkenntnis, dass es bei einem Säugling in einer Situation wie im Streitfall zu einer Klinikeinweisung kommen müsse (Bl. 648 d.A.).

50

Liegt ein grober Behandlungsfehler vor, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art zu verursachen, tritt eine Beweislastumkehr ein (vgl. BGH NJW 2004, 2011, 2012). An der Eignung einer Krankenhauseinweisung, die Entwicklung einer schweren hypertonen Dehydration abzuwenden, kann kein Zweifel bestehen. Sie führt nach dem vom Sachverständigen Prof. Dr. C dargelegten medizinischen Standard bei Brechdurchfall eines Säuglings zur intravenösen Flüssigkeitszufuhr, sofern nicht eine Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung unauffällige Werte ergibt. Selbst wenn zunächst letzteres der Fall sein sollte, wird der Säugling – wie bereits oben dargelegt – bei seit längerem anhaltenden Brechdurchfall und weiterhin drohender Dehydration regelmäßig unter ärztlicher Kontrolle des Krankenhauses verbleiben.

51

Es lässt sich nicht annehmen, dass ein Kausalzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist und eine Beweiserleichterung zu Gunsten der Klägerin deshalb nicht eintritt. Von der Befolgung des gebotenen Ratschlags des Beklagten zu 1) ist nach den vorstehenden Ausführungen des Senats auszugehen. Auf den Umstand, dass eine Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung am 22.4.2003 mit hoher Wahrscheinlichkeit noch keinen auffälligen Befund ergeben hätte, kommt es nicht entscheidend an. Ein weiterer Grund für eine den Gesundheitsschaden der Klägerin abwendende intravenöse Behandlung hätte nach den Erörterungen des Sachverständigen Prof. Dr. C nämlich vorgelegen, wenn die hinreichend sicher erfolgende Kontrolle des Trinkverhaltens ergeben hätte, dass die Klägerin nicht ordentlich trinkt (Bl. 651 d.A.). Wie das Trinkverhalten der Klägerin am 22.4.2003 gewesen wäre, lässt sich, wie oben dargelegt und begründet worden ist, im Nachhinein nicht mehr klären, was sich im vorliegenden Zusammenhang zu Lasten des Beklagten zu 1) auswirkt. Schließlich wäre die Klägerin auch im Fall eines unauffälligen Befundes einer Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung grundsätzlich unter ärztlicher Kontrolle des Krankenhauses verblieben, was den Verlauf abgewendet hätte. Hierzu kann ebenfalls auf die vorstehenden Darlegungen Bezug genommen werden.

52

c) Die Bewertung des Verhaltens des Beklagten zu 1) als grob behandlungsfehlerhaft ist umso mehr geboten, als dem Beklagten zu 1) eine mangelhafte Organisation seiner Praxis zur Last fällt, die zur Entstehung des Schadens beigetragen haben kann.	53
Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C darf ein niedergelassener Kinderarzt bei Erkrankung eines Säuglings an Brechdurchfall seinen Angestellten allenfalls dann die Ausfüllung eines zuvor blanko unterzeichneten Folgerezepts überlassen, wenn kein Erbrechen und Durchfall mehr auftritt. Im Hinblick auf die Gefährlichkeit der Erkrankung überzeugt es auch, dass sich der Kinderarzt bei Fortdauer der Symptomatik selbst nochmals mit der Weiterbehandlung des Patienten befassen muss. Dass der Beklagte zu 1) bei der Überlassung von blanko unterzeichneten Rezepten an seine Angestellten deren interne Befugnisse durch entsprechende, klare Anweisungen eingeschränkt hätte, hat er weder schriftsätzlich vorgetragen noch im Termin vom 23.6.2010 vor dem Senat dargelegt (vgl. Bl. 649 d.A.). Es ist indessen anzunehmen, dass eine sorgfältige Befragung der Mutter der Klägerin, als diese am 24.4.2003 die Praxis des Beklagten zu 1) aufsuchte und ein Folgerezept erhielt, dasselbe ergeben hätte, wie – unstreitig – die wenig später von der Beklagten zu 2) durchgeführte Anamnese, das heißt, dass die Klägerin in den zwei Tagen zuvor drei- bis viermal täglich wässrigen-matschigen Durchfall gehabt und, wenn auch nicht am 24.4.2003, erbrochen hatte (S. 3 der Klageerwidernung, Bl. 45 d.A. und Bl. 533 d.A.).	54
II. Haftung der Beklagten zu 2)	55
1. Die Beklagte zu 2) hat die Mutter und die Großmutter der Klägerin am 24.4.2003 nicht, wie geboten, in für sie verständlicher Weise über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Krankenhauseinweisung aufgeklärt.	56
a) Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C musste die Beklagte zu 2) – wie schon am 22.4.2003 der Beklagte zu 1) – die Klägerin am 24.4.2003, sofern nicht eine hypertone Dehydratation durch ein unauffälliges Ergebnis einer Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung ausgeschlossen war, in ein Krankenhaus einweisen, damit dort der Zustand des Kindes durch eine Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung geklärt und gegebenenfalls eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr eingeleitet werden konnten (vgl. Bl. 117, 598 d.A.).	57
Diese Beurteilung überzeugt und wird von der Beklagten zu 2) nicht durchgreifend in Frage gestellt. Nach dem eigenen Vorbringen der Beklagten zu 2) dauerte die Erkrankung der Klägerin, die nach der schlüssigen Bewertung des Sachverständigen schon am 22.4.2003 eine weitere Vorstellung im Krankenhaus notwendig gemacht hätte (vgl. die Ausführungen unter I 1), seit dem 21.4.2003 an. Die Großmutter der Klägerin hat danach im Rahmen der Untersuchung am 24.4.2003 berichtet, dass die Klägerin in den zwei Tagen zuvor drei- bis viermal wässrigen-matschigen Durchfall gehabt habe. Außerdem habe sie, wenn auch nicht am 24.4.2003, erbrochen (Bl. 45, 533 d.A.). Eine Therapie mittels einer oralen Rehydrationslösung kam am 24.4.2003 ersichtlich nicht in Betracht, weil die Beklagte zu 2), wie sie vor dem Senat erklärt hat (Bl. 540 d.A.), aufgrund der Angaben der Mutter und der Großmutter der Klägerin den Flüssigkeitsverlust nicht beurteilen konnte, insbesondere in der Karteikarte ausdrücklich vermerkt hat, dass die Klägerin jetzt bei ihrer Mutter nicht die Elektrolytlösung vom Arzt trinke. Demgemäß hat auch die Beklagte zu 2) ausweislich ihrer Dokumentation und ihres Prozessvortrags den Angehörigen der Klägerin am 24.4.2003 in erster Linie das Aufsuchen eines Krankenhauses angeraten.	58
b) Die Klägerin hat allerdings nicht bewiesen, dass die Beklagte zu 2) ihrer Mutter und Großmutter am 24.4.2003 nicht geraten hat, mit ihr sofort ein Krankenhaus aufzusuchen.	59

- Es gibt keinen Grund, den Bekundungen der Mutter der Klägerin und der Zeugin B Ta (Großmutter), nach denen die Notwendigkeit einer Vorstellung im Krankenhaus auf Frage ausdrücklich verneint worden sein soll, den Vorrang vor der Darstellung der Beklagten zu 2) zu geben. Letztere wird durch den Inhalt der Behandlungsunterlagen gestützt, für deren nachträgliche Erstellung oder Verfälschung keine konkreten Anhaltspunkte dargetan oder erkennbar sind. Die Eintragungen in der Karteikarte "Versuch m. strenger Diät z.B. Tee, HN mind 700 – 1000 ml bis abends, sonst Klinik, Aufklärung über die Notwendigkeit KH, Oma meint bei ihr würde Kind gut trinken, E mündlich abgelehnt" lassen sich ohne weiteres dahin verstehen und auslegen, dass seitens der Beklagten zu 2) zunächst über die Notwendigkeit einer – sofortigen – Klinikaufnahme aufgeklärt worden ist, was alsdann unter Hinweis auf das vermeintlich gute Trinkverhalten abgelehnt wurde, worauf die Beklagte zu 2) für den Fall, dass bis zum Abend nicht mindestens 700 ml getrunken würden, zur Klinikaufnahme riet. 60
- c) Die Beklagte zu 2) hat die Mutter und die Großmutter der Klägerin am 24.4.2003 jedoch nicht, worauf Klage und Berufung hilfsweise gestützt sind, ausreichend über die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Krankenhauseinweisung aufgeklärt. 61
- Lehnt ein Patient eine ihm angeratene Behandlung, insbesondere eine Krankenhauseinweisung, ab, so hat ihn der Arzt über die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung aufzuklären. Dies gilt vor allem für die Folgen der Unterlassung der Behandlung (vgl. BGH VersR 1997, 1357). Die gebotene Sicherungsaufklärung hat dabei in einer für den Patienten verständlichen Art und Weise zu erfolgen. 62
- Diesen Anforderungen hat die Beklagte zu 2) nach ihrer eigenen Sachverhaltsdarstellung nicht entsprochen. Sie will am 24.4.2003 im Zusammenhang mit der von ihr empfohlenen Krankenhauseinweisung erwähnt haben (vgl. Bl. 374, 540 d.A.), "dass eine Verschiebung der Salze eintreten könne, die mit dem Leben nicht vereinbar sei." Dieser Hinweis reichte angesichts der Verständnismöglichkeiten der Mutter und der Großmutter der Klägerin in der damaligen Situation nicht aus. Ob die Beklagte zu 2) ihn seinerzeit tatsächlich erteilt hat oder aber das Gegenteil erwiesen ist, kann daher dahinstehen. 63
- Die Mutter und die Großmutter der Klägerin, die Zeugin B Ta, haben im Senatstermin vom 9.9.2009 einen eher einfachen, jedenfalls nicht naturwissenschaftlich vorgebildeten Eindruck vermittelt, der auch in den von der Großmutter der Klägerin (mit-)verfassten und zur Akte gereichten "eidesstattlichen Versicherungen" und Schreiben (vgl. Bl. 141, 216 f. d.A.) zum Ausdruck kommt. Eine gewisse Hilflosigkeit und Überforderung der Angehörigen der Klägerin war für die Beklagte zu 2) am 24.4.2003 zudem daraus zu abzuleiten, dass sie sich wegen der Erkrankung binnen kurzer Zeit an mehrere Ärzte gewandt hatten. Bei dieser Sachlage war ein eindeutiger und klarer, konkret auf die Situation der Klägerin bezogener Hinweis erforderlich. Die Beklagte zu 2) hätte der Mutter und der Großmutter der Klägerin etwa erklären können, dass für die Klägerin die Gefahr schwerwiegender, andauernder Gesundheitsschäden und sogar des Todes bestand, was durch eine Vorstellung im Krankenhaus leicht und sicher vermieden werden konnte. Der Hinweis, dass eine Verschiebung der Salze eintreten könne, die mit dem Leben nicht vereinbar sei, ist dagegen abstrakt, lehrbuchhaft und beschreibt teils die mögliche Schadensursache, statt die Auswirkungen für die Klägerin mit eindeutigen Worten in den Vordergrund zu rücken. Die drohenden Folgen werden durch die Formulierung "mit dem Leben nicht vereinbar" in einer für die Alltagssprache äußerst ungewöhnlichen Weise bezeichnet. Ein derartiger Hinweis kann von Angehörigen wie der Mutter und Großmutter der Klägerin, die mit medizinischen Ausdrucksweisen ganz offensichtlich nicht vertraut sind und sich zudem in einer belastenden persönlichen Situation befinden, ohne weiteres überhört oder in seiner objektiven Bedeutung 64

nicht erfasst werden.

Die Frage, ob die von der Beklagten zu 2) dargelegte Sicherungsaufklärung für die Mutter und die Großmutter der Klägerin am 24.4.2003 verständlich war, ist durch den Senat, nicht aber durch den medizinischen Sachverständigen – Prof. Dr. C hat den vom Senat als unzureichend bewerteten Hinweis für ausreichend und nicht behandlungsfehlerhaft gehalten (Bl. 598 d.A) – und entgegen der Auffassung der Beklagten zu 2) auch nicht durch einen sonstigen Sachverständigen zu beurteilen. Eine besondere Sachkunde ist insoweit nicht erforderlich. Dass die Patienten der Beklagten zu 2) den Hinweis anlässlich einer Befragung richtig verstanden haben sollen, ist unerheblich und verwundert schon deshalb nicht, weil sie dessen Bedeutung aufgrund der ungewöhnlichen Befragungssituation in besonderer Weise hinterfragen und prüfen mussten. 65

d) Entgegen der von der Beklagten zu 2) im Schriftsatz vom 2.8.2010 vertretenen Auffassung, kann es sie nicht entlasten, dass sie nach ihrem Vorbringen am 24.4.2003 nach der Ablehnung einer Krankenhauseinweisung hilfsweise erläutert hat, dass die Klägerin in jedem Fall bis zum Abend noch 700 bis 1000 ml trinken und andernfalls in einer Klinik vorgestellt werden müsse, was nach den Ausführungen von Prof. Dr. C bei der Gabe von Elektrolytlösung oder Tee versetzt mit Zucker und Salz den eingetretenen Schaden vermieden hätte (Bl. 652 d.A.). 66

Eine orale Rehydrierung stellte, wie oben bereits dargelegt worden ist, keine Behandlungsalternative dar, weil die Beklagte zu 2) nach ihren eigenen Angaben vor dem Senat den Flüssigkeitsverlust der Klägerin, für den das Trinkverhalten mit entscheidend ist, nicht beurteilen konnte, insbesondere in der Karteikarte ausdrücklich vermerkt hat, dass die Klägerin jetzt bei ihrer Mutter nicht die Elektrolytlösung vom Arzt trinke. 67

2. Der Behandlungsfehler der Beklagten zu 2) ist für den am 25.4.2003 festgestellten Eintritt einer schwersten hypertonen Dehydration/Toxikose ursächlich geworden. 68

Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass die Mutter und die Großmutter der Klägerin nach einer ausreichenden Sicherungsaufklärung das Krankenhaus aufgesucht hätten. Auch in Fällen der Verletzung der ärztlichen Pflicht zur Sicherungsaufklärung spricht, wenn es um einen auf eine bestimmte Verhaltensweise ausgerichteten Rat oder Hinweis geht, eine Vermutung für ein aufklärungsrichtiges Verhalten (BGH VersR 1989, 700 f.; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht 11. Aufl. Rdn. 707). So liegt es hier. Nachdem die Beklagte zu 2) eine Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung nicht veranlasst hatte und eine orale Rehydrierung keine Behandlungsmöglichkeit darstellte, gab es zur Einweisung in ein Krankenhaus und zur Vorstellung der Klägerin dort keine ernsthafte Verhaltensalternative. 69

Die Vermutung ist nicht erschüttert. Die Mutter und die Großmutter der Klägerin haben sich mit dem Kind während dessen Erkrankung zumindest am Abend des 21.4.2003, am 22.4.2003, am 24.4.2003 und am 25.4.2003 in der V L bzw. in einer Kinderarztpraxis vorgestellt. Schon diese dichte, eine erhebliche Besorgnis belegende Abfolge deutet darauf hin, dass sie den Rat, mit dem Kind ein Krankenhaus aufzusuchen, bei verständlicher Erörterung der Notwendigkeit und Dringlichkeit befolgt hätten. Von einer Erschütterung der Vermutung hätte lediglich ausgegangen werden können, wenn die Mutter und die Großmutter der Klägerin sich in anderem Zusammenhang in nicht nachvollziehbarer Weise über ihnen erteilte ärztliche Ratschläge hinweggesetzt hätten. So liegt es entgegen der Auffassung der Beklagten zu 2) nicht. Soweit die Mutter der Klägerin ihr Kind am 22.4.2003 nicht in der V L, sondern während üblicher Öffnungszeiten in der Praxis des Beklagten zu 1) wiedervorgestellt hat, durfte sie darauf vertrauen, bei Notwendigkeit einer stationären Behandlung in ein 70

Krankenhaus weiter verwiesen zu werden. Soweit die Mutter und die Großmutter der Klägerin am 24.4.2003 oder nach den Telefongesprächen am Morgen des 25.4.2003 den – streitigen – Empfehlungen der Beklagten zu 2), mit der Klägerin sofort (oder jedenfalls bei Nichtaufnahme einer Flüssigkeitsmenge von 700 bis 1000 ml bis zum Abend des 24.4.2003) ein Krankenhaus aufzusuchen, nicht gefolgt sein sollten, kann ihnen dies nicht angelastet werden. Sie sind am 24.4.2003 von der Beklagten zu 2) nicht vollständig und für sie verständlich über die für die Klägerin bestehende Gefahrenlage unterrichtet worden. Den Rückschluss, dass die Mutter und die Großmutter der Klägerin auch eine ordnungsgemäße Sicherungsaufklärung der Beklagten zu 2) einschließlich einer verständlichen Unterrichtung über die Notwendigkeit der Krankenhauseinweisung unbeachtet gelassen hätten, rechtfertigen die Vorgänge vom 24.4.2003 und 25.4.2003 daher nicht.

Der Sachverständige Prof. Dr. C hat dargelegt, dass eine am Nachmittag des 24.4.2003 eingeleitete intravenöse Flüssigkeitszufuhr eine schwere hypertone Dehydration/Toxikose und damit eine Schädigung der Klägerin verhindert hätte (Bl. 599, 652 d.A.). Er hat dies überzeugend damit begründet, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine auf ein höheres Ausmaß einer hypertonen Dehydration hinweisenden neurologischen Auffälligkeiten vorgelegen hätten.

71

Es ist auch anzunehmen, dass am Nachmittag des 24.4.2003 in einem Krankenhaus eine intravenöse Flüssigkeitstherapie der Klägerin durchgeführt worden wäre. Nach der Beurteilung von Prof. Dr. C wäre bei einer am Nachmittag des 24.4.2003 durchgeführten Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung ein signifikanter Anstieg der Natriumwerte festgestellt worden (Bl. 651 f. d.A.). Diese Bewertung des Sachverständigen ist plausibel, weil er sich auf wissenschaftliche Untersuchungen hat stützen können, die die Auswirkungen eines schnellen Natriumanstiegs bei der Therapie von Patienten mit hyponatriämischer Dehydration (Gegenteil der hypernatriämischen Dehydration) betreffen (Bl. 116 d.A.). Danach seien neurologische Komplikationen bei einer Anhebung der Serumnatriumkonzentration um mehr als 12 mmol/l und Tag aufgetreten. Bei einer Serumnatriumkonzentration in der Nacht des 21.4.2003 von 138 mmol/l und einer Serumnatriumkonzentration von 166 mmol/l bei Aufnahme in der V L am 25.4.2003 habe die Anhebung der Serumnatriumkonzentration um 28 mmol/l in 48 Stunden oder weniger erfolgen müssen, um neurologische Schädigungen zu erzeugen (Bl. 116 d.A.). Soweit die Klägerin im Schriftsatz vom 2.8.2010 geltend macht, dass der Sachverständige Prof. Dr. C in der Anhörung selbst die bestehenden Unsicherheiten zum Ausdruck gebracht habe, übersieht sie, dass der Sachverständige, wenn er auch keine exakten Werte feststellen oder schätzen konnte, das Nichtvorhandensein einer signifikanten Erhöhung der Natriumwerte 16 Stunden vor der Untersuchung in der Universitätskinderklinik (166 mmol/l am Morgen des 25.4.2003) ausdrücklich als theoretische und konstruierte Möglichkeit bezeichnet hat (Bl. 652 d.A.). Ein theoretische Möglichkeit steht der Feststellung eines reaktionspflichtigen Befundes am Nachmittag des 24.4.2003 indessen nicht entgegen.

72

Im Übrigen hätte ein weiterer Grund für eine intravenöse Behandlung nach den Erörterungen des Sachverständigen Prof. Dr. C vorgelegen, wenn die hinreichend sicher erfolgende Kontrolle des Trinkverhaltens im Krankenhaus ergeben hätte, dass die Klägerin nicht ordentlich trinkt (Bl. 651 d.A.). Da die Beklagte zu 2) in der Behandlungskarte ausdrücklich dokumentiert hat, dass die Klägerin jetzt die Elektrolytlösung vom Arzt nicht trinke, ist von dieser Voraussetzung für den Nachmittag des 24.4.2003 ebenfalls auszugehen. Bei versperonter Möglichkeit einer Therapie mittels oraler Rehydrierungslösung hätte demnach neben dem auffälligen Befund einer Blutgas- und Blutelektrolytuntersuchung ein zweiter Grund für eine intravenöse Flüssigkeitszufuhr bestanden.

73

74

3. Die Klägerin muss sich kein Mitverschulden ihrer Mutter als ihrer gesetzlichen Vertreterin anrechnen lassen.

Die Zurechnung eines zur Schadensentstehung führenden Mitverschuldens des gesetzlichen Vertreters ist, wie die Klägerin im Schriftsatz vom 2.8.2010 zutreffend ausführt, im Rahmen eines vertraglichen Schadensersatzanspruchs sowie eines konkurrierenden deliktischen Anspruchs gemäß §§ 254 Abs. 2 Satz 2, 278 BGB grundsätzlich möglich. 75

Soweit die Mutter der Klägerin am 24.4.2003 oder nach den Telefongesprächen am Morgen des 25.4.2003 den – streitigen und von der Beklagten zu 2) ohnehin nicht unter Beweis gestellten – Empfehlungen der Beklagten zu 2), mit der Klägerin sofort (oder jedenfalls bei Nichtaufnahme einer Flüssigkeitsmenge von 700 bis 1000 ml bis zum Abend des 24.4.2003) ein Krankenhaus aufzusuchen, nicht gefolgt sein sollte, würde das ebenso wie eine unzureichende oder verspätete Reaktion auf das Auftreten von Fieber in der Nacht oder am Morgen des 25.4.2003 kein Mitverschulden begründen. Mit Rücksicht auf den Wissens- und Informationsvorsprung des Arztes kommt ein Mitverschulden des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters nur dann in Betracht, wenn der Arzt ihn über die Sachlage vollständig und für ihn verständlich unterrichtet hat (Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht 11. Aufl. Rdn. 222 m.w.Nachw.). Daran fehlt es hier. Die Beklagte zu 2) hat die Mutter der Klägerin am 24.4.2003 nicht in für sie verständlicher Weise über die Gefahren aufgeklärt, die mit der Erkrankung der Klägerin einhergehen konnten. Hierzu kann auf die Ausführungen des Senats unter II 1 c verwiesen werden. 76

III. Prozessuale Entscheidungen 77

Soweit der Senat die gegen die Beklagte zu 2) gerichtete Klage dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt hat, war die Sache gemäß § 538 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 ZPO zur weiteren Verhandlung und Entscheidung an das Landgericht zurückverwiesen. Dies ist sachdienlich, da über die Höhe des Schmerzensgeldes und des bezifferten Schadensersatzanspruchs im Verhältnis zu beiden Beklagten einheitlich zu entscheiden ist und das Landgericht nach Erlass eines Grundurteils gegen den Beklagten zu 1) und der Zurückweisung der von diesem eingelegten Berufung ohnehin eine Entscheidung zur Höhe zu treffen hat. Der erforderliche Zurückverweisungsantrag ist in dem Berufungsantrag der Klägerin konkludent enthalten. Die Klägerin erstrebt eine gleichlautende Verurteilung beider Beklagter und damit auch den Fortgang eines einheitlichen Verfahrens. 78

Über die Kosten des Rechtsstreits einschließlich derjenigen des Berufungsverfahrens wird das Landgericht im Schlussurteil zu entscheiden haben. Eine Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ist mangels eines vollstreckungsfähigen Inhalts des vorliegenden Urteils nicht veranlasst. 79

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Die entscheidungserheblichen Fragen sind in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, die der Senat zugrunde gelegt hat, geklärt oder solche des Einzelfalls. 80

Berufungsstreitwert: 686.327,87 € (wie in erster Instanz) 81