
Datum: 09.11.2011
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 89/09
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2011:1109.5U89.09.00

Vorinstanz: Landgericht Aachen, 11 O 448/05

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 22. Juli 2009 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Aachen – 11 O 448/05 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden dem Kläger auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Dem Kläger wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch die Beklagten durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e:

I.

1

2

Der Kläger nimmt die Beklagten wegen des Vorwurfs von Behandlungsfehlern und unzureichender Aufklärung während seiner stationären Behandlung im Hause der Beklagten zu 1. in der Zeit ab dem 8. Juli 2004 auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden in Anspruch.

Der Kläger wurde am 8. Juli 2004 in der Klinik der Beklagten zu 1. für Innere Medizin auf der Intensivstation stationär aufgenommen. Er litt unter einer akuten Entzündung der Bauchspeicheldrüse und deutlich erhöhtem Blutzucker bei einem bis dahin nicht bekannten Diabetes. Wegen des schlechten Allgemeinbefindens des Klägers, insbesondere der bei ihm auftretenden Atemschwierigkeiten wurde die Indikation gestellt, den Kläger zu intubieren und in ein künstliches Koma zu versetzen, das etwa zwei Tage andauern sollte. Hierüber wurde der Kläger, der nur schlecht deutsch sprach und zudem schwerhörig war, in seinem Krankenzimmer im Beisein seiner Mutter und einer weiteren Angehörigen jedenfalls durch die Beklagte zu 3. informiert, wobei der Inhalt des Gesprächs und die Reaktion des Klägers hierauf zwischen den Parteien streitig sind. Die Sedierung und Intubation wurde am 10. Juli 2004 gegen 13.00 Uhr durch die Beklagte zu 3. vorgenommen. 3

In der folgenden Nacht extubierte sich der Kläger gegen 4.00 Uhr morgens selbst, woraufhin das Beatmungsgerät ein Alarmsignal auslöste. Am Bett des Klägers erschienen sodann als Krankenschwester die Beklagte zu 2., als behandelnde Ärztin die Beklagte zu 3. und weiter hinzugezogen der Beklagte zu 4., ein internistischer Assistenzarzt. Die Beteiligten versuchten einerseits, den Kläger manuell zu beatmen, und andererseits, den Kläger zu reintubieren. Dies scheiterte zunächst. Es kam zu einem Sauerstoffmangel des Klägers, einer Verlangsamung seiner Herzfrequenz und schließlich zu einem Herzstillstand, nach dessen Eintritt der Kläger aber erfolgreich wiederbelebt wurde. Schließlich gelang auch die Reintubation. Das Leben des Klägers konnte gerettet werden. Er befindet sich aber seit den vorbeschriebenen Ereignissen in einem Wachkoma. 4

Der Kläger hat behauptet, seine Behandlung im Hause der Beklagten zu 1. sei in mehrerer Hinsicht fehlerhaft gewesen. Die Sedierung hätte am frühen Abend des 10. Juli 2004 beendet werden müssen. Er sei weder ordnungsgemäß und ausreichend tief sediert noch ausreichend und ordnungsgemäß fixiert worden. Die Beklagte zu 3. habe zudem den Tubus falsch angelegt und unzureichend befestigt. Er, der Kläger, sei nach der Anlage des Tubus nicht ausreichend überwacht worden. Die Beklagte zu 2. habe im Rahmen der nächtlichen Überwachung behandlungsfehlerhaft nicht bemerkt, dass die Sedierung nicht bzw. nicht mehr ausreichend gewesen sei, und es unterlassen, einen Arzt hinzuzuziehen, um die Sedierung wieder zu erhöhen. Nach der Selbstextubation sei eine Reintubation nicht indiziert gewesen, weil die Eigenatmung des Klägers auch ohne erneute Intubation ausreichend gewesen sei. Im Übrigen sei die Reintubation aber auch nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden, insbesondere sei der Tubus nicht ordnungsgemäß eingeführt und der Kläger nicht ausreichend sediert worden. Die Beklagten zu 2. und 3. hätten versäumt, rechtzeitig einen Oberarzt hinzuzuziehen. Während der Reintubation sei seine Eigenatmung behandlungsfehlerhaft nicht ausreichend durch Sauerstoffbeatmungsmaske und Handbeatmungsbeutel unterstützt worden. Es hätte, nachdem sich der Tubus bei der Reanimation zunächst nicht habe einführen lassen, umgehend ein Luftröhrenschnitt oder eine Koniotomie durchgeführt werden müssen. Zudem sei der Kläger nicht hinreichend über die Risiken der Intubation aufgeklärt worden. Eine Einwilligung hierzu habe er nicht erteilt. 5

Der Kläger hat beantragt, 6

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes, gemäß § 287 ZPO in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld von bis zu 150.000,00 7

Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 8. Januar 2005 zu zahlen,

2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger materiellen und zukünftigen immateriellen Schäden aufgrund seiner Behandlung im Krankenhaus der Beklagten zu 1. In X. vom 8. Juli 2004 bis 11. Juli 2004 zu bezahlen, soweit Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergehen oder übergegangen sind, 8

3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, den Kläger von der Forderung der Rechtsanwälte H. & T. gemäß deren Gebührenrechnung vom 27. August 2005 in Höhe von 1.593,84 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit freizustellen. 9

Die Beklagten haben beantragt, die Klage abzuweisen, und sind dem Vorbringen des Klägers entgegengetreten. 10

Das Landgericht hat das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. h.c. van B. vom 5. Oktober 2007 [Bl. 185 ff. d. A.] sowie eine schriftliche Ergänzung hierzu vom 2. Juli 2008 [Bl. 331 ff. d. A.] eingeholt und den Sachverständigen ergänzend in der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme am 14. Januar 2009 [Protokoll, Bl. 399 ff. d. A.] angehört. Ferner hat das Landgericht am 1. Juli 2009 Beweis durch Vernehmung der Zeugen Dr. Y., W. I. und N. U. erhoben [Protokoll, Bl. 495 ff. d. A.]. Nach durchgeführter Beweisaufnahme hat das Landgericht die Klage des Klägers mit der Begründung abgewiesen, dass nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme weder von dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers noch von einem Aufklärungsversäumnis ausgegangen werden könne. 11

Hiergegen wendet sich der Kläger mit seiner Berufung, mit der er seine erstinstanzlichen Anträge weiterverfolgt. Zur Begründung wiederholt und vertieft er sein erstinstanzliches Vorbringen und trägt ergänzend insbesondere vor, dass am 10. Juli 2004 um 13.00 Uhr eine Indikation für eine Intubation und seine Versetzung ins künstliche Koma nicht vorgelegen hätten. Die Tachypnoe sei hierfür nicht ausreichend gewesen. Ein Lungenversagen habe nicht gedroht; insoweit habe das Landgericht ungeprüft den Vortrag der Beklagten übernommen. Die Werte, bei deren Vorliegen nach der Leitlinie „Therapie der akuten Pankreatitis“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie eine frühzeitige künstliche Beatmung eines Patienten indiziert ist, hätten im fraglichen Zeitpunkt nicht vorgelegen. Auch der Gerichtssachverständige sei von einer „50 : 50 – Situation“ ausgegangen. Vor diesem Hintergrund konnte der klinische Eindruck nicht maßgeblich sein, zumal insoweit ausschließlich der Vortrag der Beklagten vorliege. Die Intubation und das Versetzen des Klägers ins künstliche Koma seien nicht die einzige Möglichkeit gewesen. Man hätte auch weiter abwarten können. Die Beklagte zu 3. habe selbst eingeräumt, dass sie elektiv gehandelt habe. Da somit keine Notsituation vorgelegen habe, hätte der Wille des Klägers berücksichtigt werden müssen. Dieser habe aber nachhaltig Angst vor der Intubation geäußert und dieser nicht zugestimmt. Dies hätten die Mutter und die Schwester des Klägers bei ihrer Zeugenvernehmung bestätigt. Der Kläger habe sich auch noch verständig äußern können. Für eine hypothetische Einwilligung bestehe dementsprechend kein Raum. Die Überwachung des Klägers sei nicht ausreichend gewesen. Es mag sein, dass es bereits im Jahre 2004 üblich gewesen sei, nur in geringem Maße oberflächlich zu sedieren. Dann sei aber jederzeit mit einem schnellen plötzlichen Aufwachen des Patienten zu rechnen. Zum Schutz vor sich selbst müsse der Patient deshalb engmaschig kontrolliert werden. Die von den Beklagten zugestandene lediglich stündliche Kontrolle sei nicht genug. Es werde bestritten, dass über die dokumentierten Kontrollen ca. einmal stündlich hinaus weitere Kontrollen durchgeführt worden seien. Das entsprechende 12

Berufungsvorbringen der Beklagten sei im Übrigen neu und werde als verspätet gerügt. Die Fixierung des Klägers sei nicht hinreichend gewesen. Insoweit werde nicht mehr bestritten, dass es üblich sei, nur die Hände zu fixieren. Das Landgericht habe insoweit aber ungeprüft aus dem Eintrag in der Dokumentation, das fixiert worden sei, unterstellt, dass die Fixierung ordnungsgemäß erfolgt sei. Eine ordnungsgemäße Fixierung müsse aber verhindern, dass der Patient seine Hände aus der Fixierung lösen könne. Der Kläger habe aber seine Hände aus der Fixierung lösen können. Dies begründe erhebliche Zweifel daran, dass ordnungsgemäß fixiert worden sei. Es sei auch behandlungsfehlerhaft gewesen, den Kläger nach dem ersten gescheiterten Reintubationsversuch auf einen Bronchospasmus hin zu behandeln. Für das Vorliegen eines Bronchospasmus habe es keine Anzeichen gegeben. Vielmehr habe erkennbar eine Dislokation des Tubus vorgelegen. Wäre die Diskolation des Tubus früher erkannt und behoben worden, hätte die Hypoxie weniger lange gedauert. Im Übrigen hätte nach dem Scheitern des Reintubationsversuchs sofort mit anderen Mitteln wie etwa einer Larynxmaske, einer Intubationslarynxmaske oder anderen pharyngealen Instrumenten versucht werden müssen, die Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr zu beenden. Wäre die Dislokation des Tubus erkannt worden und wären die dann indiziert gewesenen Maßnahmen sofort ergriffen worden, hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit die Hirnschädigung des Klägers vermieden oder bewirkt werden können, dass die Schädigungen geringer ausgefallen wären. Soweit das Landgericht eine Kausalität insoweit verneine, entbehre dies jeder Grundlage. Verbleibende Unsicherheiten hinsichtlich der Kausalität gingen zu Lasten der Beklagten, weil ihre Dokumentation insoweit so unzureichend sei, dass die exakte Dauer der Hypoxie nicht mehr festgestellt werden könne. Im Übrigen komme eine Beweislastumkehr auch unter dem Gesichtspunkt des groben Behandlungsfehlers in Betracht. Es werde weiterhin gerügt, dass die Dokumentation der Beklagten unzureichend sei. Das Landgericht habe übersehen, dass die Dokumentationsmängel zu einer Beweislastumkehr führten. Das Landgericht hätte im Übrigen ein Obergutachten einholen müssen. Mit dem in erster Instanz eingeholten Gerichtsgutachten des Prof. Dr. van B. allein könne das Parteigutachten nicht entkräftet werden.

Die Beklagten beantragen, die Berufung zurückzuweisen. Sie treten dem gesamten zweitinstanzlichen Vorbringen des Klägers entgegen, verteidigen das angefochtene Urteil und tragen ergänzend insbesondere vor, dass der Zustand des Klägers nach dessen Versetzen ins künstliche Koma entsprechend den Gepflogenheiten im Hause der Beklagten zu 1. öfter als stündlich kontrolliert worden sei, dass diese zusätzlichen Kontrollen aber nicht dokumentiert worden seien, weil jeweils keine Besonderheiten festgestellt worden seien. 13

Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die in der Berufungsinstanz gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 14

Der Senat hat Beweis durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. Z. L. erhoben und den Sachverständigen ergänzend mündlich angehört. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen vom 11. November 2010 [Bl. 698 – 715 d. A.], das schriftliche Ergänzungsgutachten vom 16. Mai 2011 [Bl. 767 – 787 d. A.] sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme vom 19. September 2011 [Bl. 844 ff., 845 – 850 d. A.] Bezug genommen. 15

II. 16

Die Berufung des Klägers ist zulässig, hat aber in der Sache keinen Erfolg. 17

Der Kläger hat nicht beweisen können, dass den behandelnden Ärzten im Hause der Beklagten zu 1. im Zusammenhang mit seiner Behandlung dort ab dem 8. Juli 2004 18

schadensursächliche Behandlungsfehler unterlaufen sind, die eine Haftung der Beklagten auslösen könnten. Und auch die Aufklärungsrüge des Klägers führt nicht zu einer Haftung der Beklagten.

Bei dieser Beurteilung folgt der Senat den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. Z. L. [schriftliches Gutachten vom 11. November 2010 (Bl. 698 – 715 d. A.) nebst schriftlicher Ergänzung vom 16. Mai 2011 (Bl. 767 ff.) sowie nebst mündlicher Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 2 – 7 des Protokolls der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme des Senats vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 845 – 850 d. A.)], weil der Sachverständige seine Feststellungen ausführlich, umfassend und gut nachvollziehbar sowie unter sorgfältiger Auswertung der Krankenunterlagen, unter eingehender Auseinandersetzung mit den Gutachten des erstinstanzlich beauftragten Gerichtssachverständigen Prof. Dr. Dr. h. c. J. B. [schriftliches Gutachten vom 5. Oktober 2007 (Bl. 185 – 202 d. A.) nebst schriftlichem Ergänzungsgutachten vom 2. Juli 2008 (Bl. 331 – 342 d. A.) sowie mündlicher Erläuterungen am 14. Januar 2009 (Protokoll: Bl. 399 ff., 400 – 405 d. A.)] und des von dem Kläger [bzw. von dem hinter diesem stehenden Sozialversicherungsträger] beauftragten Parteisachverständigen Prof. Dr. C. Q. [schriftliches Gutachten vom 14. März 2008 (Bl. 268 – 314 i. V. m. 315 – 319 d. A. nebst schriftlichem Ergänzungsgutachten vom 22. August 2008 (Bl. 371 – 381 d. A.)] und unter eingehender Auseinandersetzung mit den Einwendungen der Parteien überzeugend begründet hat.

1. 20

Nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. ist insbesondere davon auszugehen, dass die Intubation und das Versetzen des Klägers in ein künstliches Koma am 10. Juli 2004 um 13.00 Uhr medizinisch indiziert war [vgl. hierzu insb.: S. 4/5 des schriftlichen Gutachtens vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 701/702 d. A.), S. 7 und 10 seines schriftlichen Ergänzungsgutachtens vom 16. Mai 2011 (Bl. 767 ff., 782, 785 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 2 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 845 d. A.)]. Zur Begründung hat der Sachverständige insbesondere aufgeführt, dass die Intubation zwar nicht wegen eines Atemstillstandes absolut indiziert gewesen sei, dass aber sicher davon auszugehen gewesen sei, dass dieser Moment in Kürze eintreten werde, und dass dieser Moment schätzungsweise ein bis zwei Stunden bevorstanden habe [vgl. hierzu insb. seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 2 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 845 d. A.)]. Unmittelbar vor der durchgeführten Intubation habe der Kläger an einer akuten nekrotisierenden Pankreatitis gelitten und einen Diabetes entwickelt, der bei der Aufnahme entgleist gewesen sei. Diese Situation habe dazu geführt, dass die Atmung des Klägers von der Aufnahme an deutlich eingeschränkt gewesen sei. Dies ergebe sich aus einer Reihe von Hinweisen in den Aufzeichnungen, Arztbriefen und Befundberichten in den Krankenakten. Dort seien insbesondere die Atemmechanik als Schaukelatmung und Tachypnoe, die Lungenmorphologie und Lungenfunktion mit Zwerchfellhochstand, Pleuraergüssen und fast weißer Lunge im Röntgenbild sowie die subjektive Anstrengung des Klägers mit Erschöpfung, Angst, vegetativer Stressreaktion, Tachykardie und Bluthochdruck beschrieben. Die Atmung sei funktionell insoweit eingeschränkt gewesen, dass der Kläger zu häufig und zu flach geatmet und sich so hyperventiliert habe. Zum Zeitpunkt der Intubation habe sich die Situation seit der Aufnahme klinisch deutlich verschlechtert. Diese Verschlechterung sei für die behandelnden Ärzte aus der klinischen Präsentation des Klägers und aus der Röntgenaufnahme des Brustkorbes und der Lungen ablesbar gewesen. Objektiv sei zu diesem Zeitpunkt zudem der Gasaustausch des Klägers deutlich eingeschränkt gewesen. In der Tageskurve sei eine gemessene SaO₂ per Pulsoxymetrie von 80 % festgehalten. In der

21

Zusammenschau ergebe sich, dass in dieser Situation zwar keine absolute Indikation zur Intubation wegen Atemstillstandes bestanden habe, dass aber der Kläger nicht zuletzt durch die abnehmende Kooperationsfähigkeit, die steigenden Blutdrücke, die Desorientiertheit und die zunehmende Dyspnoe und Tachypnoe ein klinisches Bild geliefert habe, das es für die Behandler wahrscheinlich gemacht habe, dass der Kläger sich in einer zunehmend verschlechternden Situation befunden habe. Es sei in der Situation anzunehmen gewesen, dass sich der Kläger durch seine abdominellen Beschwerden, den Zwerchfellhochstand, die Pleuraergüsse und die lungenmorphologischen Veränderungen so zu erschöpfen drohte, dass eine Unterstützung bei der Atemarbeit unumgänglich sein würde. Auch in dieser Situation hätte man sicherlich die Blutgaswerte länger tolerieren und durch Sauerstoffinsufflation die Oxygenation weiter aufrecht erhalten können. Die Hyperventilation und respiratorische Erschöpfung hätte aber auf diese Weise nicht günstig beeinflusst werden können. Zudem hätte eine noch weiter gehende Analgesie unter Umständen zu einer plötzlichen Dekompensation der respiratorischen Situation führen können und so zu einer raschen und unter Umständen notfallmäßigen Intubation zwingen können. In einer solchen Situation sei es aus medizinisch-sachverständiger Sicht in keiner Weise zu beanstanden, wenn die Indikation zur Intubation gestellt werde, weil dadurch eine intensivere Analgesie möglich und die Stresssituation des Patienten reduziert werde und unter Umständen die negativen Auswirkungen der fortgesetzten Erschöpfung des Patienten reduziert werden könnten. Diese Strategie habe beim Kläger auch zu einer unmittelbaren und dann auch bis in die Nachtstunden nachhaltigen Besserung seiner Situation geführt, wobei sich insbesondere die hämodynamische und respiratorische Situation deutlich gebessert habe [vgl. zu allem Vorstehendem insb.: S. 4/5 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 701/702 d. A.)].

2.

22

Es ist nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. [vgl. hierzu insb.: S. 5/6 und 10/11 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 702/703 und 707/708 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 2/3 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 845/846 d. A.)] auch davon auszugehen, dass die Intubation behandlungsfehlerfrei durchgeführt worden ist. Dafür spricht allein schon der bereits vorgenannte Umstand, dass die Intubation nach den Feststellungen des Sachverständigen beim Kläger zu einer unmittelbaren und dann auch bis in die Nachtstunden nachhaltigen Besserung seiner Situation geführt hat, wobei sich insbesondere die hämodynamische und respiratorische Situation deutlich gebessert hat [vgl. zu allem Vorstehendem insb.: S. 4/5 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 701/702 d. A.)].

23

Eine andere Bewertung ergibt sich nicht aus dem Umstand, dass es in der Nacht gegen 4.00 Uhr zu einer Selbstextubation gekommen ist. Denn nach der überzeugend begründeten Bewertung des Sachverständigen Prof. Dr. L. handelt es sich bei der Selbstextubation eines Patienten um eine typische intensivmedizinischen Komplikation, deren Häufigkeit in der einschlägigen Literatur mit bis zu zweistelligen Prozentsätzen angegeben werde [vgl. hierzu insb.: S. 4/5 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 701/702 d. A.)], und die auch bei sorgfältigem Vorgehen nicht sicher vermieden werden könne.

24

Nach den Feststellungen des Sachverständigen ist der Senat auch davon überzeugt, dass den Behandlern im Hause der Beklagten zu 1. nicht vorgeworfen werden kann, keine

25

ausreichenden Maßnahmen zur Vorbeugung gegen eine Selbstextubation getroffen zu haben:

Nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen ist insbesondere die durchgeführte Sedierung des Klägers nicht als behandlungsfehlerhaft zu beanstanden [vgl. hierzu insb.: S. 10 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 707 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 2 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 845 d. A.)]. Zur Begründung hat der Sachverständige hierzu ausgeführt, dass man stets versuche, den betroffenen Patienten so zu sedieren, dass der Kreislauf erhalten bleibe, dass man eine zu tiefe Sedierung vermeide und eine ausgewogene Sedierung anstrebe. Aus den in den Krankenunterlagen enthaltenen Kurven ergebe sich, dass der Kläger in einer üblichen und nicht zu beanstandenden Weise sediert worden sei. Denn die Sedierung sei nach der Intubation langsam an die Ziel-Sedierungstiefe von Ramsay-Score 2-3 angenähert worden, wobei die gewählten Dosierungen der Sedierung prinzipiell ausreichend gewählt worden seien. Es stehe zwar fest, dass die Sedierung zum Zeitpunkt der Selbstextubation für eine Tubustoleranz nicht mehr ausreichend gewesen sei. Die Titration zum Zeitpunkt der Selbstextubation schließe aber die Reduktion der Sedierung bis zur Erweckbarkeit des Patienten ein. Damit existiere die prinzipielle Möglichkeit, dass im Titrationsprozess der Patient erwacht. Allerdings habe der Pflegedienst bereits bemerkt, dass der Kläger besonders viel Sedierung benötigt habe. Diese Feststellung müsse jedoch nicht per se dazu führen, dass nach dem Wechsel der Sedierungsstrategie am Nachmittag besonders hohe oder angepasste Dosierungen der neuen Medikamente verwendet werden. Der Titrationsprozess setze nach einem solchen Wechsel aufs Neue ein und schließe mit dem Erreichen der angestrebten Sedierungstiefe ab. Die Dosierungsmittlung und Dosierungsanpassung trete also vollständig hinter den klinischen Effekt zurück [vgl. zu allem Vorstehendem insb.: S. 10 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 707 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 2 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 845 d. A.)]. Diese Ausführungen überzeugen den Senat.

26

Auch hinsichtlich der Fixierung des Klägers sind den Behandlern im Hause der Beklagten zu 1. nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Sachverständigen haftungsbegründende Versäumnisse nicht vorzuwerfen [vgl. hierzu insb.: S. 5 und 10 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 702 und 707 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 2 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 845 d. A.)]. Zur Begründung hat der Sachverständige insbesondere ausgeführt, dass es zu der Frage, ob und ggf. wie ein betroffener Patient zu fixieren sei, keine Leitlinien gebe, dass dies von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich gehandhabt werde, und dass die Intensität der Fixierung sich nach dem jeweiligen Einzelfall richte. Dabei sei eine Fixierung mit Brustgurt generell kein Standard und komme etwa in Betracht, wenn ein Patient erkennbar unruhig sei bzw. sich in einer Aufwachphase befinde, in der es zu vermehrter Unruhe kommen könne. Zu bedenken sei indes, dass durch eine Fixierung die Selbstextubation nicht verhindert werden könne, weil für den Patienten stets die Möglichkeit bleibe, seinen Kopf zur Hand zu führen. Im Hinblick darauf biete eine Fixierung keinen sicheren Schutz vor einer Selbstextubation [vgl. zu dem Vorstehenden insb.: S. 5 und 10 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 702 und 707 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 2 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 845 d. A.)].

27

28

Nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. ist auch davon auszugehen, dass die Überwachung des Klägers aus medizinisch-sachverständiger Sicht nicht zu beanstanden war [vgl. hierzu etwa: S. 5/6 seines schriftlichen Gutachtens vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 702/703) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 3 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 846 d. A.)]. Zur Begründung hat er insbesondere ausgeführt, dass die Überwachung des Klägers dadurch gewährleistet worden sei, dass Zentralmonitore eingesetzt worden seien, die alarmieren, wenn eine an den Überwachungsgeräten eingestellte Alarmgrenze über- oder unterschritten wird oder wenn ein technischer Alarm zum Beispiel an einem Beatmungsgerät auftritt. Dieses Vorgehen entspreche der Entwicklung in den Krankenhäusern und insbesondere in der Intensivmedizin in den letzten Jahren, die in Richtung einer Reduktion der verfügbaren Pflegekräfte gegangen sei, so dass die früher verbreitet gewesene Pflege durch eine Pflegekraft, die einem Raum zugeteilt ist und diesen nicht verlässt, zunehmend aufgegeben worden sei. Dieses Vorgehen sei sicher mit einem Qualitätsverlust im Sinne einer reduzierten Engmaschigkeit der Überwachung verbunden. Es fehlten aber bis heute Zahlen, um eindeutig belegen zu können, dass eine höhere Überwachungsqualität im Sinne einer engmaschigeren Überwachung ein besseres Ergebnis in Notfallsituationen liefert. Sofern – wie im Falle des Klägers – die eindeutige Zuordnung eines Alarms zu einem bestimmten Patienten in einem bestimmten Zimmer gewährleistet gewesen sei, sei dies als ein heute übliches Überwachungskonzept aus medizinisch-sachverständiger Sicht nicht zu beanstanden. Dies leuchtet dem Senat ein. Im Übrigen ist das Überwachungskonzept beim Kläger auch nach der überzeugenden Einschätzung des Sachverständigen sehr gut aufgegangen. Der Kläger habe in der fraglichen Situation zwar keine ausreichenden Schutzreflexe mehr gehabt, aber eine so ausreichende Eigenatmung, dass es in dieser Situation nicht zu einer Desaturation gekommen sei, und der Kläger durch die Vorlage von reichlich Sauerstoff ausreichend mit Sauerstoff versorgt gewesen sei [vgl. zu dem Vorstehenden insb.: S. 5/6 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 702/703 d. A.)]

Den Behandlern kann auch nicht als ein eine Haftung auslösendes Fehlverhalten vorgeworfen werden, dass sie keine engmaschigeren Kontrollen vorgesehen haben. Denn zur Überzeugung des Senats hat der Sachverständige in diesem Zusammenhang in Wiederholung und Vertiefung des im vorstehenden Absatz Wiedergegebenen ausgeführt, dass die Überwachung des Klägers entsprechend der heute üblichen Handhabung auf Intensivstationen darauf ausgerichtet gewesen sei, Notfallsituationen durch das Auslösen von Gerätealarm zu erkennen. Es sei nicht nachgewiesen, dass eine engmaschigere Kontrolle insgesamt zu einer Verbesserung der Ergebnisse führe [vgl. hierzu insb.: S. 10 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 707 d. A.)]. Auch im Falle des Klägers ist davon auszugehen, dass ein besseres Ergebnis durch eine engmaschigere Kontrolle nicht hätte erzielt werden können. Denn zum einen kann entgegen der beim Kläger offenbar bestehenden Vorstellung nicht davon ausgegangen werden, dass durch eine engmaschigere Kontrolle die Selbstextubation sicher hätte verhindert werden können. Vielmehr hätte sich nach der Einschätzung des Sachverständigen die Selbstextubation auch dann nicht sicher ausschließen lassen, wenn eine Pflegekraft direkt im Zimmer tätig gewesen wäre [vgl. hierzu insb.: S. 10 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 707 d. A.)]. Dies leuchtet dem Senat ein. Zum anderen hätte für diesen Fall nicht mehr erreicht werden können, als dass Kläger eine so ausreichende Eigenatmung gehabt habe, dass es in dieser Situation nicht zu einer Desaturation gekommen sei, und der Kläger durch die Vorlage von reichlich Sauerstoff ausreichend mit Sauerstoff versorgt gewesen sei. Dies ist aber nach den Feststellungen des Sachverständigen der Fall gewesen [vgl. hierzu insb.: S. 6 des

schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 703 d. A.)). Im Hinblick auf Vorstehendes bedarf der Tatsachenstreit zwischen den Parteien, in welchen Intervallen der Kläger zusätzlich zu der Geräteüberwachung kontrolliert worden ist, keiner Klärung.

Schließlich kann den Behandlern im Hause der Beklagten zu 1. auch nicht als haftungsbegründendes Fehlverhalten vorgeworfen werden, dass sie das Angebot der Mutter und der Schwester des Klägers, rund um die Uhr beim Kläger zu bleiben und auf ihn aufzupassen, nicht angenommen haben. Denn hierzu hat der Sachverständige zur Überzeugung des Senats ausgeführt, dass die immer wieder in der Praxis vorkommenden Angebote von Angehörigen, den betroffenen Patienten zu überwachen, bei Patienten in Intensivtherapie grundsätzlich abzulehnen seien. Die fehlende Sachkunde der Angehörigen mit Intensivtherapiepatienten sei eher dazu geneigt, ein trügerisches Sicherheitsempfinden bei allen Beteiligten zu produzieren. Im Hinblick darauf sei vielmehr die Frage zu stellen, ob Angehörige ohne Aufsicht von Pflegekräften bei ihren der Intensivmedizin bedürftigen Angehörigen sein sollten, weil das Risiko bestehe, dass durch unbedachte Bewegungen Katheter, Kabel oder Sensoren entfernt und so die Qualität der Überwachung unbewusst und ungewollt eingeschränkt werden. Zudem seien Angehörige in der Regel nicht in der Lage, einen erwachenden intubierten Patienten zu führen bzw. einen desorientiert aufwachenden Patienten zu bändigen. Auch diese Ausführungen des Sachverständigen leuchten dem Senat ohne Weiteres ein.

3. 31

Auch im Zusammenhang mit der Behandlung des Klägers nach seiner Selbstextubation können schadensursächliche Behandlungsfehler, die eine Haftung der Beklagten auslösen könnten, nicht festgestellt werden [vgl. hierzu insb.: S. 5, 6, 7, 12 – 17 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 702, 703, 704, 709 – 714 d. A.), das schriftliche Ergänzungsgutachten vom 16. Mai 2011 (Bl. 767 ff. d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 3 – 7 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 846 – 850 d. A.)].

Die Reintubation war nach der überzeugenden Feststellung des Sachverständigen Prof. Dr. L. medizinisch absolut indiziert, auch wenn der Zeitdruck hierfür nach der Selbstextubation nicht so groß war, wie im Falle eines tief sedierten Patienten, weil der Kläger nach den Feststellungen des Sachverständigen zumindest mit der Sauerstoffvorlage zunächst ausreichend selbst atmete [vgl. hierzu etwa: S. 5, 6 des schriftlichen Gutachtens vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 702, 703 d. A.)]. Zur Begründung führte der Sachverständige insbesondere aus, dass in Fällen der hier in Rede stehenden Art die Reintubation beinahe immer indiziert sei, weil eine akzidentielle Selbstextubation in aller Regel unter fortlaufender Sedierung statfinde und deshalb die respiratorische Situation des Patienten selten ausreichen werde. Dies sei letztlich auch beim Kläger so gewesen, der zwar zunächst eine noch gerade ausreichende Eigenatmung, aber keine Schutzreflexe mehr gehabt habe [vgl. hierzu etwa: S. 5 des schriftlichen Gutachtens vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 702 d. A.)].

Nach den ebenso ausführlich wie überzeugend begründeten Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. ist es im Zusammenhang mit der Ausführung der einzelnen Behandlungsschritte, die der Selbstextubation gefolgt sind, nicht zu Behandlungsfehlern gekommen, auf die der Kläger eine Haftung der Beklagten stützen könnte. Vielmehr sind – abgesehen von der Frage nach der CO₂-Messung, auf die noch einzugehen sein wird – sämtliche einzelnen Behandlungsschritte korrekt vorgenommen worden und entweder ohne

jede Frage medizinisch indiziert oder zumindest aus medizinisch-sachverständiger Sicht vertretbar gewesen.

Hierzu hat der Sachverständige insbesondere ausgeführt, dass der Kläger unmittelbar nach der Selbstextubation zunächst mit einer Maske beatmet worden sei, und dass ihm mit einer Dosierung von 12 Liter/Minute in ausreichendem Maße Sauerstoff verabreicht worden sei. Zeitgleich sei die Anästhesie eingeleitet worden. Die alsdann versuchte Reintubation sei erst im zweiten Anlauf gelungen, wobei sich die nun erschwerte Intubation plausibel aus der Grunderkrankung erkläre. Die Beatmung mittels Tubus sei aber in kürzester Zeit wegen einer Blockade des Tubus unmöglich geworden. In dieser Situation sei es nachvollziehbar gewesen, dass die behandelnde Ärztin zunächst die korrekte Lage des Tubus nicht in Zweifel gezogen habe, weil dieser unter Sicht platziert worden, und weil die Beatmung mit dem Beatmungsbeutel möglich gewesen sei. Durch das endotracheale Absaugen des Klägers sei gleichwohl die korrekte Lage des Tubus bestätigt worden, wobei mit der Annahme, dass das Absaugen endotracheal erfolgreich verlief, eine Fehllage des Tubus sicher habe ausgeschlossen werden können. 35

In dieser Situation sei es aus medizinisch-sachverständiger Sicht nicht zu beanstanden gewesen, einen Bronchospasmus und damit das krampfartige Zusammenziehen aller Atemwege, die dazu führe, dass die Luft aus der Lunge nicht mehr entweichen könne, und dass umgekehrt wegen des zu hohen Druckes auch keine weitere Luft in die Lunge hinein geblasen werden könne, als Differentialdiagnose in Erwägung zu ziehen. Die im Hinblick auf diese Differentialdiagnose erfolgte Therapie mit Kortikosteroiden, Bronchodilatoren sei korrekt und wirksam gewesen. Ob tatsächlich ein Bronchospasmus vorgelegen habe, lasse sich im Nachhinein nicht mehr klären. Die wegen der Verdachtsdiagnose eines Bronchospasmus durchgeführte Therapie sei aber auch dann aus medizinisch-sachverständiger Sicht nicht zu beanstanden, wenn ein solcher nicht vorgelegen haben sollte. Denn in Situationen, in denen die Beatmung eines Patienten plötzlich unmöglich oder schwierig werde, sei immer sofort die Überlegung anzustellen, was die Ursache ist, wobei sich in der Regel eine streng sequentielle Therapiefolge nicht einhalten lasse, weil es sich immer um einen vitalen und zeitkritischen Notfall handle. Die Therapie des Bronchospasmus sei rasch einzuleiten und durchzuführen und habe nur wenige wirklich kritische Nebenwirkungen. Eine entsprechende Therapie könne sich dementsprechend zwar als überflüssig erweisen, es entstehe dadurch aber keinerlei Schaden. Zudem führe die Injektion des Kortikosteroids auch zum Abschwellen der Schleimhäute, was im Falle des Klägers in letzter Konsequenz die erfolgreiche Intubation nach der Kehlkopfmaskeneinlage mit ermöglicht habe. 36

Zum weiteren Verlauf hat der Sachverständige ausgeführt, dass sich trotz der wegen der Verdachtsdiagnose eines Bronchospasmus durchgeführten Therapie eine Besserung der Beatmungssituation nicht ergeben habe. Zudem sei es zu einer Verlangsamung der Herzfrequenz und schließlich zu einem Herzstillstand gekommen. Nach drei bis fünf Minuten habe der Kläger aufgrund erfolgreicher Wiederbelebung wieder einen eigenen Kreislauf gehabt. Eine erneute direkte Laryngoskopie habe gezeigt, dass der Tubus leicht nach kranial disloziert gewesen sei, wobei der Tubus sich allerdings nicht weiter habe verschieben lassen, weil es einen federnden Widerstand gegeben habe. Da weder die Behandlung der Verdachtsdiagnose eines Bronchospasmus noch die Lagekorrektur des Tubus eine Besserung ergeben hätten, sei der Tubus entfernt worden. Eine Beatmung mit einer Gesichtsmaske sei auch mit orotrachealem Atemweg nicht möglich gewesen. In dieser Situation sei eine erneute Intubation angestrebt worden, aber fehlgeschlagen, weil der Kehlkopf wegen der Schwellung und Rötung der Schleimhaut nicht mehr einsehbar gewesen sei. Daraufhin sei eine Kehlkopfmaske eingelegt worden und eine Beatmung mittels 37

Ambubeutel mit 12 Litern /Minute Sauerstoff. Die auskultorische Kontrolle habe eine Beatmung der oberen Lungenfelder ergeben. Nach 10 Minuten Beatmung mit der Kehlkopfmassage habe die Blutgasanalyse eine schwere Hypoxie und Hyperkapnie gezeigt. Im Hinblick darauf sei 12 Minuten nach Einlage der Kehlkopfmassage ein erneuter Intubationsversuch unternommen worden, der trotz einer weiterhin erschwerten Sicht auf den Kehlkopf wegen des deutlichen Rückganges der Schleimhautschwellung aufgrund der Kortikosteroid-Therapie gelungen sei und zu einer suffizienten Beatmung geführt habe.

4.

38

Nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. war das beschriebene Vorgehen der behandelnden Ärzte vom Ablauf her von einer Ausnahme abgesehen in jedem Punkt nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Aus Sicht des Sachverständigen problematisch ist allein die Frage, ob zusätzlich oder anstelle der auskultorischen Kontrolle der Beatmung eine CO₂-Messung vorgenommen worden ist [vgl. hierzu insb.: S. 13 – 15 seines schriftlichen Gutachtens vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 710 – 712 d. A.), sein schriftliches Ergänzungsgutachten vom 16. Mai 2011 (Bl. 767 ff. d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 4 – 7 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 847 – 850 d. A.)].

39

Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt, dass er zwar im Grunde davon ausgehe, dass eine solche Messung durchgeführt worden sei, dass eine CO₂-Messung sowie entsprechende Messergebnisse indes nicht dokumentiert seien. Dokumentiert sei lediglich die auskultorische Kontrolle der Beatmung, die aber kein hinreichend sicheres Intubations- oder Ventilationszeichen biete. Eine CO₂-Messung hätte wichtige Hinweise ergeben und dazu führen können, dass die einzelnen Behandlungsschritte um ein bis zwei Minuten beschleunigt worden wären. Das Unterlassen einer CO₂-Messung in der fraglichen Situation sei aus medizinisch-sachverständiger Sicht als Behandlungsfehler zu bewerten.

40

Trotz dieser Bewertung des Sachverständigen Prof. Dr. L. ergäbe sich eine Haftung der Beklagten gegenüber dem Kläger aber auch dann nicht, wenn tatsächlich eine CO₂-Messung nicht durchgeführt worden wäre. Denn es kann nicht festgestellt werden, dass sich durch die Durchführung einer CO₂-Messung ein für den Kläger günstigerer Verlauf ergeben hätte:

41

Der Kläger ist nach der überzeugend begründeten Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. L. über einen Zeitraum von mindestens 18 Minuten ohne ausreichende Sauerstoffversorgung gewesen, davon mindestens drei Minuten ohne adäquate Kreislaufverhältnisse [vgl. hierzu etwa: S. 6/7 seines schriftlichen Gutachtens vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 703/704 d. A.)]. Hierzu hat er insbesondere ausgeführt, dass für eine korrekte Einschätzung der Zeit der für den beim Kläger eingetretenen Hirnschaden verantwortlichen Hypoxie zusätzlich zu der Zeit vor der Einlage der Kehlkopfmassage auch die Zeit berücksichtigt werden müsse, in der mit Kehlkopfmassage beatmet worden sei, weil die Sauerstoffversorgung am Ende dieser Phase immer noch sehr schlecht gewesen sei. Unter Berücksichtigung der einzelnen Behandlungsschritte und der hierfür erforderlichen Zeit sowie der krankhaften Veränderung der Lunge des Klägers ergebe sich somit ein Zeitraum von mindestens 18 Minuten [vgl. hierzu insb. S. 6/7 des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. L. vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 703/704 d. A.)]. Nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. ist davon auszugehen, dass diese Hypoxiezeit von mindestens 18 Minuten auch mit einer CO₂-Messung und mit einem dadurch eventuell ermöglichten schnelleren Vorgehen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht so sehr verkürzt worden wäre, dass sich der Krankheitsverlauf in irgendeiner Weise verändert hätte [vgl. hierzu etwa: S. 16 des schriftlichen Gutachtens des

42

Sachverständigen vom 11. November 2010 (Bl. 698 ff., 713 d. A.) sowie seine mündlichen Erläuterungen am 19. September 2011 (S. 5 und 7 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 848 und 850 d. A.)). Aus diesem Grund bedarf es auch keiner weiteren Klärung, ob auch unabhängig von der Frage einer CO₂-Messung eine Beschleunigung der einzelnen Behandlungsschritte möglich gewesen wäre.

Die möglicherweise verbleibenden Beweisrisiken hinsichtlich der Kausalität einer Verzögerung der einzelnen Behandlungsschritte wegen der eventuell unterlassenen CO₂-Messung oder aus sonstigen Gründen um wenige Minuten für die beim Kläger eingetretenen Gesundheitsschäden treffen den Kläger. Denn Beweiserleichterungen insoweit kommen ihm weder unter dem Gesichtspunkt des groben Behandlungsfehlers noch unter dem Gesichtspunkt des Befunderhebungsmangels zugute:

43

Nach der überzeugenden Bewertung des Sachverständigen Prof. Dr. L. ist der den Behandlern im Hause der Beklagten zu 1. eventuell unterlaufene Behandlungsfehler unter dem Gesichtspunkt des Unterlassens der CO₂-Messung und auch eine eventuell unabhängig davon eingetretene Verzögerung der einzelnen Behandlungsschritte um ein bis zwei Minuten nicht als im Rechtssinne grober Fehler zu bewerten, der schlechterdings unverständlich wäre und einem Arzt nicht unterlaufen dürfte [vgl. die mündlichen Erläuterungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. am 19. September 2010 (S. 6 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 849 d. A.)). Zur Begründung hat er insbesondere ausgeführt, dass es sich um eine Notfallsituation gehandelt habe. Von der Narkoseeinleitung über die Reintubation, die Wahrnehmung der Beatmungsprobleme, die Versuche, die Lage des Tubus zu korrigieren und einen alternativen Atemweg zu suchen, sei der Ablauf vollkommen regelkonform gewesen. Es habe sich um ein protrahiertes Geschehen gehandelt, wobei die Situation nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Wiederbelebungsversuche eine äußerst hektische gewesen sei. In dieser Situation könne es auch gut sein, dass die behandelnde Ärztin sich von dem Ergebnis der CO₂-Messung nichts versprochen habe. Und es sei in der Tat offen, ob die Messung für das Behandlungsregime irgendeine Konsequenz gehabt habe [vgl. die mündlichen Erläuterungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. am 19. September 2010 (S. 6 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 849 d. A.)).

44

Aus dem zuletzt angesprochenen Umstand ergibt sich zugleich, dass dem Kläger eine Beweiserleichterung unter dem Gesichtspunkt des Befunderhebungsmangels nicht zugute kommen kann. Denn es stellte zwar einen Befunderhebungsmangel dar, wenn eine CO₂-Messung nicht erfolgt wäre. Es kann aber nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, ob die CO₂-Messung einen reaktionspflichtigen Befund ergeben hätte, der zwingend ein anderes als das tatsächlich umgesetzte Behandlungsregime geboten hätte [vgl. die mündlichen Erläuterungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. am 19. September 2010 (S. 6/7 des Protokolls vom 19. September 2011, Bl. 844 ff., 849/850 d. A.)).

45

5.

46

Auch auf eine eventuell unzureichende Aufklärung kann der Kläger seine gegen die Beklagten gerichteten Ansprüche nicht stützen. Insoweit kann durchaus zugunsten des Klägers unterstellt werden, dass die Aufklärung vor der Intubation am 10. Juli 2004 unzureichend war. Es ist jedenfalls von einer hypothetischen Einwilligung des Klägers auszugehen. Denn nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L. hatte der Kläger keine Wahl. Zum Zeitpunkt der Intubation stand er kurz vor der absoluten Indikation zur notfallmäßigen Intubation. Die Intubation als solche war für ihn unausweichlich und es stellte sich ausschließlich die Frage, ob man es auf den Notfall ankommen lassen oder die Chance nutzen wollte, in dem relativ engen Zeitfenster, das verblieb, den Zeitpunkt

47

für die Intubation selbst zu bestimmen und eine weitere Verschlechterung seines Zustandes und ein notfallmäßiges Vorgehen insoweit zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist ein Entscheidungskonflikt des Klägers nicht einmal ansatzweise ersichtlich.

6.	48
Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf § 708 Nr. 10, § 711 ZPO.	49
Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor [§ 543 Abs. 2 ZPO]. Die entscheidungserheblichen Fragen sind ausschließlich solche des Einzelfalls.	50
Berufungsstreitwert: 200.000 Euro	51