
Datum: 26.06.2019
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 75/17
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2019:0626.5U75.17.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 188/14

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerinnen wird das am 26.4.2017 verkündete Teilanerkennnis- und Schlussurteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 25 O 188/14 – teilweise abgeändert und wie folgt neu gefasst:

Die Beklagten zu 1 bis 5 werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerinnen als Gesamtgläubiger 13.979,07 € zu zahlen nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszins seit dem 11.7.2014.

Die Beklagten zu 1 und 5 werden ferner als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerinnen als Gesamtgläubiger ein Schmerzensgeld in Höhe von 2.500.- € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszins seit dem 9.12.2011 zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits erster Instanz tragen die Klägerinnen zu je 31 % und die Beklagten als Gesamtschuldner zu 38%.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden den Klägerinnen auferlegt.

Das vorliegende Urteil und die angefochtene Entscheidung sind vorläufig vollstreckbar. Den jeweiligen Vollstreckungsschuldnern wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abzuwenden, wenn nicht die Vollstreckungsgläubiger vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

I.

Die Klägerinnen machen aus ererbtem Recht Ansprüche ihrer am xx.xx.1921 geborenen und am 17.09.2011 verstorbenen Mutter A B (im folgenden: Patientin) geltend. Die Patientin, die (neben einer Reihe weiterer chronischer Erkrankungen) unter anderem auch an Diabetes mellitus Typ 2 litt, wurde am 31.08.2011 zur Abklärung einer aufgrund von Blutungen vermuteten Eisenmangelanämie in die Klinik der Beklagten zu 5 eingeliefert. Während des stationären Aufenthaltes, der zunächst vom 31.8. bis zum 8.9.2011 dauerte, wurden (u.a.) eine Magenspiegelung und eine Koloskopie durchgeführt, wobei eine Blutungsquelle nicht gefunden wurde. Ferner wurde im Hinblick auf während des Aufenthaltes aufgetretene Schmerzen im Schulterbereich, die sich zunehmend auf den gesamten Körper ausweiteten, eine Röntgenaufnahme der Schulterregion angefertigt. Es erfolgte eine symptomatische Schmerztherapie.

Am 08.09.2011 wurde die Patientin aus der stationären Behandlung entlassen. Nachdem ab dem Abend des 8.9.2011 seitens der Klägerinnen Blutzuckerentgleisungen festgestellt worden waren (von den Klägerinnen wurden Werte von teilweise über 450 mg/dl gemessen, was die Beklagten allerdings mit Nichtwissen bestreiten), ferner in den folgenden Tagen die Schmerzen weiter erheblich zunahmen und mehrfach Hausbesuche von Haus- und Notarzt erfolgt waren, wurde die Patientin am 11.9.2011 erneut in das Krankenhaus der Beklagten zu 5 eingewiesen, wo zunehmende Schmerzen, ein reduzierter Allgemeinzustand, eine allgemeine körperliche Schwäche sowie erhöhte Entzündungswerte und Leukozyten festgestellt wurden. Die Patientin erhielt im Hinblick auf eine vermutete Infektion, später den klinischen Anzeichen einer Lungenentzündung zunächst das Antibiotikum Unacid mit 3x1,5 g täglich, später zusätzlich das Antibiotikum Klarid, vom 12.9. bis 15.9.2011 außerdem Cortison, ab dem 16.9.2011 sodann das Antibiotikum Meronem 3x1 g. Die Patientin entwickelte im Verlauf bis zum 16.9.2011 Temperaturen bis 41 Grad Celsius, die zeitweilig gesenkt werden konnten. Am 17.9.2011 stieg das Fieber erneut auf 41 Grad Celsius an. Die Patientin verstarb am Abend des 17.9.2011 an den Folgen einer schweren Sepsis. Eine Blutkultur, die am 16.9.2011 angelegt worden war, ergab im Nachhinein den Nachweis des Keims Staphylococcus aureus.

Die Klägerinnen haben behauptet, die Patientin sei im Haus der Beklagten zu 5 von den Beklagten zu 1 bis 4 in mehrfacher Hinsicht fehlerhaft behandelt worden. Zum einen seien im Haus der Beklagten zu 5 durchgängig Hygieneverstöße sowohl struktureller Art als auch hinsichtlich individueller Versäumnisse zu beobachten gewesen, wegen der im Einzelnen auf den Inhalt der Schriftsätze der Klägerinnen verwiesen wird. Die zu Beginn des zweiten stationären Aufenthaltes ab dem 11.09.2011 verabreichte Antibiose sei völlig unzureichend

gewesen. Wegen der Möglichkeit eines beim ersten stationären Aufenthalt erworbenen Keims habe die vorliegende Infektion nach den einschlägigen Leitlinien zwingend als eine nosokomiale Infektion eingeschätzt und dementsprechend behandelt werden müssen, was den Einsatz eines Antibiotikums mit breiterem Wirkspektrum erfordert habe. Zudem sei die Dosis des verabreichten Mittels Unacid deutlich zu niedrig gewesen. Es sei zudem versäumt worden, die medizinisch gebotene Diagnostik durchzuführen, insbesondere den Procalcitoninwert zu bestimmen, regelmäßige Blutkulturen anzulegen, weiter regelmäßig den CRP-Wert laborchemisch zu kontrollieren und im Hinblick auf den Verdacht einer Lungenentzündung eine CT-Untersuchung vorzunehmen. Spätestens am 15.09.2011 sei eine intensivmedizinische Behandlung zwingend erforderlich gewesen. Diese sei indes fehlerhaft unterblieben. Infolge der fehlerhaften Behandlung habe die Patientin erhebliche Schmerzen erlitten und sei schließlich verstorben. In Anbetracht der Beeinträchtigungen haben die Klägerinnen ein Schmerzensgeld in Höhe von 20.000 € für angemessen gehalten. Sie haben darüber hinaus als materielle Schadenspositionen die Bestattungskosten sowie die Kosten der vorgerichtlichen Begutachtung und der Beiziehung der Behandlungsunterlagen geltend gemacht.

Die Klägerinnen haben beantragt,

6

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerinnen als Gesamtgläubiger aus der fehlerhaften Behandlung der Mutter A B, geboren am xx.xx.1921, verstorben am 17.09.2011 ab dem 31.08.2011 ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 20.000 € nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 09.12.2011,

7

2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verpflichten, an die Klägerinnen als Gesamtgläubiger 13.979,07 € zu zahlen nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 11.07.2014,

8

3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, den Klägerinnen als Gesamtgläubiger sämtliche vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die ihnen infolge der fehlerhaften Behandlung der Mutter A B, geboren am xx.xx.1921, verstorben am 17.09.2011 ab dem 31.08.2011 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.

9

Die Beklagten haben den Klageantrag zu 2. anerkannt und im Übrigen beantragt,

10

die Klage abzuweisen.

11

Die Beklagten haben die Passivlegitimation der Beklagten zu 2 bis 4 mangels vertraglicher Beziehung zu der Patientin bestritten. Sie haben behauptet, die Behandlung der Patientin im Haus der Beklagten zu 5 sei vollumfänglich lege artis erfolgt. Im Hinblick auf beide stationäre Aufenthalte hätten Hygieneversäumnisse nicht vorgelegen; die insoweit erhobenen individuellen Vorwürfe haben die Beklagten jeweils bestritten, zu den strukturellen Vorwürfen haben sie Unterlagen vorgelegt. Die Patientin habe sich auch nicht während des ersten stationären Aufenthalts mit einem Keim infiziert. Falls doch, müsse dies als schicksalhaft gewertet werden. Blutzuckermessungen seien ordnungsgemäß durchgeführt worden. Im Hinblick auf den zweiten stationären Aufenthalt der Patientin habe das gewählte Vorgehen insgesamt, insbesondere aber hinsichtlich der Antibiose, dem medizinischen Standard entsprochen. Sämtliche medizinisch gebotenen Befunde seien erhoben worden. Als sich die klinischen Zeichen einer Lungenentzündung gezeigt hätten, sei mit der Patientin und den

12

Klägerinnen mehrfach über die Intensivbehandlung mittels Intubation und nachfolgender Beatmung diskutiert worden. Diese sei von der Patientin jedoch vehement abgelehnt worden. Auch die Klägerinnen seien gegen eine intensivmedizinische Behandlung gewesen, weshalb man hiervon einvernehmlich Abstand genommen habe. Die Beklagten haben bestritten, dass die Behandlung in ihrem Hause für den letztlich eingetretenen Tod der Patientin ursächlich gewesen sei. Der letale Verlauf sei vielmehr durch den schicksalhaft eingetretenen Infekt verursacht worden und habe weder durch eine andere Behandlung noch durch eine weitergehende Diagnostik verhindert werden können. Sie haben das geltend gemachte Schmerzensgeld für überhöht und den Feststellungsantrag für unzulässig gehalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze sowie die zu den Akten gereichten Urkunden Bezug genommen. 13

Die Kammer hat nach Einholung eines Sachverständigengutachtens (Sachverständiger Dr. C) und der Vernehmung von Zeugen und Parteien - wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Dr. C vom 18.06.2015, seine ergänzende Stellungnahme vom 04.01.2016 sowie die Protokolle der Sitzungen vom 16.11.2016 und vom 08.03.2017 Bezug genommen - mit Urteil vom 26.4.2017 die Klage abgewiesen, soweit der Anspruch nicht durch die Beklagten anerkannt worden ist. Ein ererbter Schmerzensgeldanspruch bestehe nicht, da die Klägerinnen nicht hätten beweisen können, dass die Patientin durch einen Fehler der Beklagten zu Schaden gekommen sei. Die möglicherweise nicht leitliniengerechte Behandlung mit dem Breitbandantibiotikum Unacid habe sich hier nicht schädigend ausgewirkt, da der später identifizierte Keim auf das Antibiotikum empfindlich reagiere. Der letale Ausgang beruhe nicht auf Versäumnissen der Behandler, sondern sei schicksalhaft und liege bei entsprechender Erkrankung bei älteren Patienten grundsätzlich bei deutlich über 50%, hier wohl sogar bei 80-90%. Selbst wenn man die Wahl des Antibiotikums als fehlerhaft ansehe, fehle es am Nachweis der Kausalität, denn das gewählte Mittel habe nachweislich den hier gegebenen Keim wirksam bekämpft. Diagnostische Maßnahmen seien ebenfalls nicht versäumt worden. Hygieneversäumnisse habe der Sachverständige auf der Grundlage der Behandlungsunterlagen nicht feststellen können. Das Auftreten der Infektion lasse nicht auf Versäumnisse bei der Hygiene rückschließen, erst recht unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Herkunft des Keimes nicht zu klären sei. Das Gutachten sei auch überzeugend, die Sachkunde des Gutachters auch im Hinblick auf die Standards in einem Krankenhaus sei dadurch gewährleistet, dass er langjähriger Oberarzt einer Klinik gewesen sei und dies auch noch zum Zeitpunkt der hier fraglichen Behandlung. Der Vorwurf der unterlassenen Intensivbehandlung könne letztlich dahinstehen, denn es sei nicht anzunehmen, dass die Klägerin durch die Nichtverlegung Schmerzen erlitten hätte, die ihr sonst erspart geblieben wären. Der Tod selbst sei nicht zu berücksichtigen. Der Feststellungsantrag sei nicht begründet. Der Eintritt irgendwelcher materieller Schäden (über die anerkannten hinaus) sei nicht einmal entfernt denkbar, was insbesondere für die angeführten Unterhaltsansprüche der Klägerinnen gegen ihre Mutter gelte. 14

Mit der hiergegen eingelegten Berufung verfolgen die Klägerinnen ihr Klageziel weiter, soweit die Forderungen nicht anerkannt worden seien. Sie rügen die angeblich fehlende fachliche Qualifikation des heute als niedergelassener Arzt tätigen Sachverständigen Dr. C. Es hätte zwingend ein Krankenhausmediziner beauftragt werden müssen. In der Sache habe er aus den richtig zitierten Leitlinien die falschen Schlüsse gezogen. Tatsächlich sei die Patientin medikamentös falsch behandelt worden, was als grober Fehler zu werten sei. Die abweichende Auffassung des Privatgutachters sei nicht hinreichend berücksichtigt worden. 15

Sowohl habe es sich bei dem Antibiotikum Unacid um das falsche Mittel gehandelt, als auch habe für die Gabe von Clarithromycin keine eindeutige Indikation vorgelegen. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass es weitere Erreger gegeben habe, die nicht von der Antibiose mit Unacid erfasst worden seien, aber an dem Krankheitsverlauf mitgewirkt hätten. Dass tatsächlich ein methicillinsensibler Staphylococcus aureus vorgelegen habe, sei eine unbewiesene Behauptung, da entsprechende Befunde nicht vorlägen. Schließlich sei auch die Dosierung des Unacid unzureichend gewesen und die Verabreichung des Kortisonpräparates nicht indiziert gewesen. Es lägen auch Befunderhebungsmängel insoweit vor, als das Serum-PCT und die CRP-Werte nicht bestimmt und zu keinem Zeitpunkt eine Computertomographie durchgeführt worden sei. Ferner sei die gebotene Verlegung auf die Intensivstation unterblieben. Sie wiederholen ihren Vortrag, wonach mit ihnen keinerlei Gespräche geführt worden seien hinsichtlich eines Verzichts auf Intensivbehandlung, was im Übrigen auch dokumentationspflichtig gewesen wäre. Die Patientin habe eine Woche lang unter schwersten Schmerzen gelitten, ohne dass darauf angemessen reagiert worden sei. Bei dem ersten Krankenhausaufenthalt hätten zudem regelmäßig Blutzuckerwerte bestimmt und Entzündungswerte kontrolliert werden müssen, was nicht geschehen sei. Dies gelte umso mehr, als Diabetiker im Alter vermehrt von Divertikelblutungen betroffen seien, was wiederum eine Eintrittspforte für Infektionen sei. Dadurch sei der Diabetes entgleist. Eine rechtzeitige Anpassung des Insulins hätte die Entwicklung einer schweren Sepsis verhindern können. Der Sachverständige habe sich im übrigen nicht ausreichend mit den gerügten Hygienemängeln auseinandergesetzt. Die hygienischen Zustände seien desaströs gewesen, was sich aus dem von der Klägerin zu 2 eingeleiteten IFG-Verfahren bei der Bezirksregierung und aus den Akten des Gesundheitsamtes ergebe. Die Beklagten hätten nicht konkret zu den eingehaltenen Hygienemaßnahmen vorgetragen und damit ihrer sekundären Darlegungslast nicht genügt. Die Kausalität der diversen Behandlungsfehler sei gegeben. Es handle sich sowohl um grobe Behandlungsfehler als auch um Befunderhebungsmängel, die jeweils zu einer Umkehr der Beweislast führten. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass rechtzeitige Befunderhebung und adäquate Therapie den tragischen Verlauf verhindert hätte.

Die Klägerinnen beantragen, 16

die Beklagten und Berufungsbeklagten nach den in erster Instanz zuletzt gestellten Anträgen der Klägerinnen und Berufungsklägerinnen über die anerkannten Beträge hinaus zu verurteilen; 17

hilfsweise den Rechtsstreit unter Aufhebung des landgerichtlichen Urteils zur weiteren Verhandlung und Entscheidung an das Landgericht Köln zurückzuverweisen. 18

Die Beklagten beantragen, 19

die Berufung zurückzuweisen. 20

Die Beklagten verteidigen das angefochtene Urteil unter Wiederholung und Vertiefung des erstinstanzlichen Vortrags. Ausdrücklich bestritten werden insbesondere noch einmal die behaupteten Hygienemängel. Den Feststellungsantrag halten sie für unzulässig. 21

Wegen aller weiteren Einzelheiten des Vortrags der Parteien wird auf die im Berufungsverfahren eingereichten Schriftsätze Bezug genommen. 22

II. 23

1. 24

Die Berufung ist mangels ordnungsgemäßer Begründung unzulässig, soweit sie den in der Berufung weiterverfolgten Antrag zu 3 aus der Klageschrift (Feststellung) betrifft. Dieser Klageantrag war durch die Kammer mit der Erwägung als unbegründet abgewiesen worden, dass nicht einmal eine entfernte Möglichkeit einer weiteren Schadenentstehung bestehe. Mit dieser die Abweisung des Antrags tragenden Urteilsbegründung – die der Senat im Übrigen auch in der Sache uneingeschränkt teilt - setzt sich die Berufung in keiner Weise auseinander.

2. 26

Im Übrigen ist die Berufung zulässig und zumindest zu einem geringen Teil auch begründet. Nach dem Ergebnis der zweitinstanzlich ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme ist davon auszugehen, dass den Behandlern beziehungsweise dem Pflegepersonal der Beklagten zu 5 mehrere (einfache) Behandlungsfehler zur Last zu legen sind. Diese erreichen in ihrer Gesamtheit ein Gewicht, das es rechtfertigt, die Beweislast für den Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und dem eingetretenen gesundheitlichen Schaden der Beklagten zu 5 aufzuerlegen. Daraus resultiert gegen die Beklagten zu 1 und 5 ein Schmerzensgeldanspruch aus ererbtem Recht (§ 1922 BGB) in Höhe von 2.500.- € aus §§ 611, 278, 823, 831, 249, 253 BGB. Eine Haftung der Beklagten zu 2 bis 4 ist nicht festzustellen.

Im Einzelnen gilt folgendes: 28

a) 29

Den Behandlern der Beklagten zu 5 ist als Verstoß gegen den fachärztlichen Standard zunächst zur Last zu legen, dass sie vor der Entlassung der Patientin am 8.9.2011 weder am 3. und 4.9. noch am 7.9. und 8.9.2011 Blutzuckermessungen durchgeführt haben. Dass die Messungen unterblieben sind, steht nach der ergänzenden Beweisaufnahme nunmehr zweifelsfrei fest. Das Unterlassen stellt sich, wie der gerichtliche Sachverständige Dr. C im Rahmen seines schriftlichen Gutachtens wie vor allem seiner mündlichen Erläuterungen und in Einklang mit dem privat beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. D klargestellt hat, als Verstoß gegen den in einem Krankenhaus zu praktizierenden guten klinischen Standard dar. Die Pflicht zur regelmäßigen Messung ist in einer entsprechenden Leitlinie geregelt, das Unterlassen stellt sich hier zudem als Verstoß gegen eine ausdrückliche ärztliche Anordnung dar, deren Sinnhaftigkeit sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund der akuten Erkrankung der Patientin unmittelbar erschließt. Es bestand ein nicht auszuschließender innerer Zusammenhang zwischen den Blutungen, deretwegen die Patientin stationär aufgenommen worden war, und ihrer Diabetes-Erkrankung und (auch) damit veranlassten regelmäßigen Blutzuckermessungen. Auch das Argument von Prof. Dr. D, wonach die veränderte Medikation während des Krankenhausaufenthaltes eine kontinuierliche Überwachung des Blutzuckers gebot, leuchtet dem Senat ein.

Der Senat folgt dem Sachverständigen Dr. C (und nicht dem Sachverständigen Prof. Dr. D) allerdings in der Einschätzung, dass es sich hierbei nicht um einen groben Fehler handelt, sondern um einen einfachen. Insofern ist insbesondere die Argumentation maßgeblich, dass es sich bei der Überwachung der chronischen Diabetes-Erkrankung der Patientin um eine Erkrankung handelte, die nicht Anlass und nicht Gegenstand der stationären Behandlung war. Hinzu kam, dass der Diabetes tatsächlich grundsätzlich gut eingestellt war, die Patientin und ihre Angehörigen mit der Krankheit gut vertraut waren und die Blutzuckermessungen im Krankenhaus, soweit sie durchgeführt worden waren, unauffällig geblieben waren und keinen Anlass gaben, hierauf eine besondere Aufmerksamkeit zu legen. Der Sachverständige Dr. C 31

hat zudem zu Recht darauf hingewiesen, dass in einem Krankenhausbetrieb Unterbrechungen der regelmäßigen Blutzuckermessungen durchaus häufig vorkommen (etwa wegen Unterbesetzung oder weil der Patient nicht immer anwesend ist), was im Übrigen auch der Erfahrung des Senates entspricht. Dies ändert zwar nichts daran, dass es sich dabei um einen Standardverstoß und damit um einen Fehler handelt, trägt aber dazu bei, zumindest das für die Annahme eines groben Fehlers notwendige Merkmal des schlechterdings unverständlichen Verhaltens entfallen zu lassen. Davon ist der Regelverstoß hier nach Auffassung des Senates weit entfernt.

Die wiederholten Angriffe gegen die Kompetenz des gerichtlichen Sachverständigen entbehren einer sachlichen Grundlage und sind unbegründet. Tatsächlich ist der Sachverständige Dr. C als langjähriger Oberarzt in einem großen Krankenhaus (Uniklinik) und als erfahrener Gerichtssachverständiger für die Beantwortung der Beweisfragen uneingeschränkt befähigt. Er hat im Rahmen der schriftlichen Gutachten wie der mündlichen Erläuterungen auch aus Sicht des Senates erneut seine sehr hohe fachliche Kompetenz ebenso wie seine Neutralität unter Beweis gestellt. Der Senat hat allerdings auch hinsichtlich des seitens der Klägerinnen beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. D keinerlei Bedenken in fachlicher Hinsicht. Soweit die beiden Sachverständigen im Rahmen der mündlichen Anhörung in Rede und Gegenrede fachlich teilweise kontrovers argumentiert haben, haben beide in beeindruckender Weise fundierte Kenntnisse bewiesen und es dem Senat ermöglicht, sich in zahlreichen strittigen Punkten ein eigenes Urteil zu bilden, wobei der Senat keineswegs Anlass gesehen hat, stets dem gerichtlichen Sachverständigen zu folgen. 32

b) 33

Nach der eingehenden Anhörung beider Sachverständiger im Termin vom 6.5.2019 ist weiter davon auszugehen, dass die Wahl des Antibiotikums Unacid, das der Patientin bei der stationären Wiederaufnahme am 11.9.2011 verabreicht wurde, fehlerhaft war. Die Befragung beider Sachverständiger und der eingehende fachliche Meinungs austausch beider zu diesem Punkt hat den Senat davon überzeugt, dass die Wahl des Antibiotikums keine ärztlicherseits noch – mehr oder weniger gut - vertretbare Entscheidung der Behandler war, sondern einen Verstoß gegen fachärztlichen Standard darstellte. Der gerichtliche Sachverständige Dr. C hat zwar sowohl in erster Instanz als auch in zweiter Instanz – entgegen der durch den eigenen Sachverständigen gestützten Auffassung der Klägerinnen - an seiner Auffassung festgehalten, dass ein Behandlungsfehler insoweit zu verneinen sei, dies allerdings mit einer nicht schlüssig und daher auch nicht überzeugend erscheinenden Begründung. Er hat maßgeblich darauf abgestellt, dass sich die Wahl des Antibiotikums nachträglich insofern als richtig erwiesen habe, als (nach dem Tod der Patientin) mit *Staphylococcus aureus* ein Keim identifiziert worden sei, der auf Unacid sensibel reagiert habe. Das stellt aber keine schlüssige Begründung für die Einhaltung fachärztlichen Standards dar, sondern vermag allenfalls zu begründen, dass sich die Maßnahme nicht schädigend ausgewirkt habe, was einen Aspekt der Kausalität darstellt. Aber auch als solcher ist er, wie unten näher zu begründen ist, nicht zwingend. Wesentlich ist vielmehr, dass sich nach mehreren einschlägigen Leitlinien (hinsichtlich der verschiedenen Leitlinien, aus denen sich dies ergibt, wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Dr. C vom 18.6.2015, dort Seite 20 f. Bezug genommen) eine Pflicht ergeben hätte, zu einem Antibiotikum mit deutlich breiterem Wirkungsspektrum zu greifen, wie etwa zu dem erst Tage später verabreichten Meronem mit dem Wirkstoff Meropenem. 34

Es war zwingend, darin sind sich beide Sachverständige einig, dass hier im Hinblick auf den etwa achttägigen Krankenhausaufenthalt der Patientin vom 31.8. bis 8.9.2011 von einer 35

nosokomialen Infektion auszugehen war, und dass insoweit nach den Leitlinien nicht lediglich eine Kombination von Ampillicin und Sultamicillin, die das Medikament Unacid darstellt, verabreicht werden durfte. Dies galt umso mehr, als es sich bei der Patientin um eine Risikopatientin handelte im Hinblick auf ihr hohes Alter, das anzunehmende Inflammationssyndrom (SIRS), die dann anzunehmende Sepsis und den Zeitpunkt der Erkrankung. Wenn der gerichtliche Sachverständige am Ende seiner langen Anhörung zu diesem Punkt noch einmal zusammenfasst, dass er das Vorgehen nur deshalb nicht für fehlerhaft ansehe, weil hier ein Antibiotikum zum Einsatz kam, das in gleicher Weise geeignet war, den konkret gefundenen Keim zu bekämpfen, wie die von den Leitlinien geforderten Antibiotika, hingegen er von einem Fehler ausgehen würde, wenn ein Keim nicht gefunden worden wäre, so bestätigt er bei logischer Betrachtung letztlich, dass das Vorgehen als solches eben nicht mehr ordnungsgemäß war. Dazu passt auch seine Äußerung im ersten schriftlichen Gutachten (dort Seite 21 Mitte, Blatt 135 d.A.), wonach von einem (sogar groben) Fehler auszugehen gewesen wäre, wenn eine „eindeutige“ nosokomiale Pneumonie vorgelegen hätte und der Keim nicht nachgewiesen worden wäre. Tatsächlich bestand aber ab dem 13.9.2011 zumindest der Verdacht auf eine nosokomiale Pneumonie und war zu diesem Zeitpunkt noch kein Keim nachgewiesen (eine Blutkultur noch nicht einmal angelegt worden). Der Sachverständige Dr. C bestätigt auch, dass es sich bei den Vorgaben der Leitlinien, die den Einsatz eines breiteren Antibiotikums fordern, nicht nur um bloße Empfehlungen handelt, die etwa in das Ermessen der Behandler gestellt sind, sondern um eindeutige und klare Behandlungsregeln. Er räumt auch ein, dass er eine am Vortag mit Unacid begonnene Therapie selbst „wahrscheinlich“ geändert hätte vor dem Hintergrund des Zustandes, wie sich der Zustand der Patientin am 12.9.2011 darstellte (nämlich somnolent). Dass die Antibiose ab dem 13.9.2011 zunächst um das Mittel Clarithromycin ergänzt wurde, ändert an der Behandlungsfehlerhaftigkeit des Vorgehens nichts, denn auch dies stellt keine leitliniengerechte Antibiose dar, sondern – so der Sachverständige Dr. C – ein Mittel, das bei ambulant erworbenen Infektionen zur Erweiterung des Spektrums empfohlen wird. Der Sachverständige sieht folgerichtig hierfür nicht einmal eine klare Indikation.

Mit dem Sachverständigen Dr. C und gegen den Sachverständigen Prof. Dr. D geht der Senat erneut nur von einem einfachen, nicht hingegen von einem groben Behandlungsfehler aus. Die Erwägung, dass der Einsatz von Unacid trotz der klar entgegenstehenden Leitlinien in vielen Krankenhäusern als Initialtherapie gängige Praxis ist (bzw. zumindest zum hier maßgeblichen Zeitpunkt gewesen ist), was der Sachverständige Prof. Dr. D nicht widerlegen konnte, macht die Vorgehensweise zwar nicht zu einer standardgemäßen, wohl aber kann dann nicht angenommen werden, dass es sich um eine Vorgehensweise handelt, die einhelliger Auffassung aller Mediziner widerspreche. Erst recht kann nicht von einem schlechterdings unverständlichen Vorgehen gesprochen werden. Auch die Erwägung, dass mit den noch effektiveren Antibiotika oftmals zugewartet werde, um die Möglichkeit einer Reservetherapie nicht zu opfern, oder dass der Gefahr der Resistenzbildung entgegengewirkt werden solle, sind gewiss nicht schlechterdings unverständlich, mögen sie auch für den konkreten Fall der betagten und durch die Sepsis überaus gefährdeten Patientin nicht stichhaltig sein.

c)

Einen weiteren einfachen Behandlungsfehler sieht der Senat im Einklang mit den Ausführungen von Prof. Dr. D in der zu niedrigen Dosierung des verabreichten Antibiotikums. Dieser hat letztlich überzeugend darauf hingewiesen, dass im hier anzunehmenden Fall einer nosokomialen Infektion die nach der Leitlinie vorgesehene Dosis 3 x 3 Gramm und damit das Doppelte des Verabreichten gewesen sei. Er hat ferner darauf verwiesen, dass es sinnvoll

und üblich sei, diese Dosis am ersten Tag eher zu erhöhen, keinesfalls aber geringer anzusetzen. Warum angesichts dessen mit dem gerichtlichen Sachverständigen Dr. C ein Standardverstoß in der konkreten Situation (noch) nicht zu bejahen sein soll, leuchtet dem Senat nicht ein. Dr. C verweist darauf, dass die Patientin normalgewichtig gewesen sei und dass 1,5 Gramm einer „mittleren“ Dosierung entsprochen habe. Das deckt sich indes nicht mit seinen weiteren Erläuterungen, wonach auch nach seiner Meinung zwingend von einer nosokomialen Infektion auszugehen gewesen sei, es keine Gründe gegeben habe, die Dosierung gegen die Leitlinie niedriger zu wählen (insbesondere nicht aufgrund der Kreatininwerte) und wonach in Einklang mit Prof. D zu Beginn grundsätzlich eher viel und nicht weniger gegeben werde. Auch gibt er an, dass er angesichts des weiteren Verlaufs zumindest am nächsten Tag die Therapie wahrscheinlich geändert hätte. Eine wirklich tragfähige Begründung, warum dann ein Standardverstoß nicht zu bejahen sei, kann er damit nicht geben. Die Vermutung von Prof. Dr. D, wonach den Behandlern der Beklagten offenbar gar nicht vor Augen gestanden habe, dass sie hier von einer nosokomialen Infektion auszugehen hatten, erscheint dem Senat als eine durchaus plausible Annahme, erklärt jedenfalls schlüssig die mangelnde Entschlossenheit hinsichtlich der Wahl des Antibiotikums wie hinsichtlich der Dosierung, vermag aber nichts daran zu ändern, dass damit fachärztlicher Standard unterschritten wurde.

Der Senat ist nicht gehindert, sich unter dem Eindruck der mündlichen Verhandlung dem Privatsachverständigen anzuschließen, wenn er ihn im konkreten Punkt für überzeugender hält und wenn er – wie oben bereits ausgeführt – keine Zweifel an der fachlichen Befähigung von Prof. Dr. D hegt, zumal er in den medizinischen Grundlagen, die seine Wertung begründen, durch Dr. C bestätigt wird. Einer weiteren gerichtlichen Begutachtung bedarf es hierzu nicht. 39

Aus den durch Dr. C gegebenen Gründen ist allerdings erneut nicht von einem groben Fehler auszugehen, sondern von einem einfachen. Die Gründe, die sich hinsichtlich der Wahl des Antibiotikums ergeben haben, gelten hier in vergleichbarer Weise. Es handelt sich um keinen Fehlgriff, der schlechterdings unverständlich wäre. Ein Unterschätzen der objektiven Gefährlichkeit der angenommenen Infektion, das zu wenig beherzte Herangehen, das der Üblichkeit entsprechende Vorgehen für den Fall einer „normalen“ Infektion - und dies alles unter dem Gesichtspunkt einer gebotenen ex-ante-Betrachtung - schließen es aus, hier von einem groben Fehler zu sprechen. 40

d) 41

Von einem weiteren einfachen Behandlungsfehler geht der Senat schließlich im Hinblick auf die Gabe des Kortisons aus. Sowohl der gerichtliche Sachverständige Dr. C als auch der Privatgutachter Prof. Dr. D haben ebenso eindeutig wie überzeugend ausgeführt, dass die Gabe von Kortison im konkreten Fall nicht indiziert gewesen sei. Einen zwingenden nachvollziehbaren Grund, warum es verabreicht wurde, gab es nicht. Dass hier auf eine mögliche Verdachtsdiagnose Rheuma, die nicht einmal durch die Beklagten selbst gestellt wurde, reagiert werden sollte, stellt nur eine Vermutung dar. Selbst wenn aber hiermit auf eine ungesicherte rheumatische Erkrankung reagiert worden sein sollte, leuchtet bei der im Vordergrund stehenden Infektion nicht ein, dass darauf sofort mit einer Kortisonbehandlung reagiert werden musste, die dann zudem nach zwei Tagen wieder beendet wurde. Eine Maßnahme ohne Indikation, die zudem nach Meinung der Sachverständigen geeignet war, die Antibiotikabehandlung negativ zu beeinflussen, stellt einen Standardverstoß dar. 42

Von einem groben Fehler ist auch insoweit nicht auszugehen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Schmerzen und der Möglichkeit einer rheumatischen Ursache war die 43

Behandlung mit Kortison zwar nicht indiziert, aber auch nicht schlechthin unverständlich.

- e) 44
- Weitere seitens der Klägerinnen behauptete Behandlungsfehler sind hingegen nicht positiv festzustellen. 45
- Bei der seitens Prof. Dr. D geforderten Bestimmung des Procalcitoninwertes hat der gerichtliche Sachverständige Dr. C überzeugend darauf verwiesen, dass dies eine Maßnahme darstelle, die regelmäßig nur bei Intensivpatienten verpflichtend gewesen und keineswegs als Standard anzusehen sei. Dies hat der private Sachverständige, der einen entsprechenden Standard angenommen hat, nicht hinreichend entkräften können. Dass sein Haus auch zum damaligen Zeitpunkt bereits anders verfahren sei, begründet für sich genommen keinen allgemeinen Standard. 46
- Auch hinsichtlich des nicht regelmäßig bestimmten CRP-Wertes anlässlich des ersten stationären Aufenthaltes folgt der Senat Dr. C, der einen entsprechenden Standard verneint hat. Da die HB-Werte im Wesentlichen stabil waren, für die leicht erhöhten Werte vom 3.9. und 6.9. jeweils nachvollziehbare Erklärungen vorlagen und eine Rückbildung erfolgte, für die Schmerzen eine andere Erklärung als eine Infektion im Vordergrund stand, und ein weiterer konkreter Anlass, an eine Infektion zu denken, bis zum 8.9.2011 nicht bestand, bedurfte es keiner regelmäßigen Bestimmung des CRP-Wertes. Eine überzeugende Begründung für die gegenteilige Ansicht erkennt der Senat auch in der Stellungnahme von Prof. Dr. D nicht. 47
- Im Hinblick auf den späten Zeitpunkt der Anlage einer Blutkultur zur Bestimmung eines Infektionskeims ist ebenfalls (noch) nicht von einem Behandlungsfehler auszugehen. Dr. C hat darauf hingewiesen, dass eine Blutkultur üblicherweise nicht sofort angelegt werde, dies vielmehr erst bei sich entwickelndem Fieber erfolge, was bei der Patientin nicht vorgelegen habe. Insofern handele es sich um eine übliche Vorgehensweise in der klinischen Praxis, wenn auch die Leitlinien ein anderes Vorgehen empfehlen würden. Dies beruhe darauf, dass dann die Nachweisrate am höchsten sei. Allerdings hat der Sachverständige eingeräumt, dass er sich vor dem Hintergrund einer anzunehmenden nosokomialen Infektion eine frühzeitigere Blutkulturanlage „gewünscht“ hätte. Damit sieht der Senat diesen Punkt eher als eine zwar „suboptimale“, nicht jedoch eindeutig fehlerhafte Behandlung an. 48
- Gleiches gilt für die Frage, ob zur rascheren und genaueren Abklärung einer Lungenentzündung eine CT-Untersuchung erforderlich gewesen sei. Der gerichtliche Sachverständige Dr. C hat dies im Ergebnis im Rahmen seines ersten schriftlichen Gutachtens verneint, allerdings in der Begründung darauf hingewiesen, dass es eine entsprechende Empfehlung seit der ab 2012 geltenden Leitlinie zur nosokomialen Pneumonie gebe. Damit kann zwar auch hier keine definitive Feststellung eines Standardverstoßes erfolgen, zumal dem Senat bekannt ist, dass keineswegs in allen Fällen eine CT-Untersuchung erfolgt, in denen sie eigentlich empfohlen wird. Allerdings ordnet der Senat auch diesen Aspekt als eher „suboptimale“ Vorgehensweise ein, denn es ist nach der Erfahrung des Senates davon auszugehen, dass eine Erkenntnis, die im Jahr 2012 Gegenstand einer Leitlinie wurde, auch im Jahr zuvor bekannt und anerkannt war. 49
- f) 50
- Die Frage der Kausalität, also inwieweit das Hinwegdenken der oben dargelegten einfachen Behandlungsfehler zu einem Wegfall des Schadens im Sinne eines besseren Ausgangs (insbesondere im Sinne der Vermeidung des Versterbens) geführt hätte, ist nicht zu klären. 51

Beide Sachverständige sind übereinstimmend der Auffassung, dass eine sichere Aussage über den weiteren Verlauf über eine Prognoseverbesserung hinaus nicht getroffen werden kann.

Die verbleibenden Zweifel gehen hier zu Lasten der Beklagten zu 1 und 5. Die normalerweise 52 die Patientenseite treffende Beweislast für die Frage der Kausalität ist hier auf die Behandlerseite verlagert, obwohl es sich vorliegend nur um einfache Behandlungsfehler handelt. Es entspricht gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung, auch der des erkennenden Senats, dass eine Beweislastumkehr auch dann eintreten kann, wenn eine Mehrzahl einfacher Behandlungsfehler vorliegt, die in der Summe ein solches Gewicht erreichen, dass sich bei der gebotenen Gesamtbetrachtung eine Bewertung als „grob“ rechtfertigt (BGH, VI ZR 55/09, VersR 2011, 1569 m.z.w.N.; Senat, 5 U 28/10, VersR 2013, 237 m.w.N.). Dabei liegt die Begründung für die Beweislastumkehr nicht in einem besonders hohen Maß an Vorwerfbarkeit, sondern darin, dass durch die Mehrzahl von einfachen Fehlern ähnlich wie bei einem einzelnen groben Fehler die Aufklärung des Behandlungsgeschehens und seiner Folgen in besonderer Weise erschwert wird. So liegt der Fall hier. Die Vermeidung der oben genannten einfachen Fehler, denen in ihrer Summe ein durchaus erhebliches Gewicht zukommt, hätte möglicherweise jeweils einen völlig anderen Behandlungs- oder Krankheitsverlauf nach sich gezogen, bei dem sich ein günstigerer Verlauf für die Patientin ohne weiteres hätte einstellen können.

In der Gesamtbetrachtung ergibt sich ein Gewicht der einzelnen Fehler, das in der Summe 53 über das eines noch als einfach anzusehenden Fehlers hinausgeht. Diese richterlich zu treffende Wertung beruht auf den sachverständigerseits festgestellten Umständen. Bei der unterlassenen Blutzuckermessung handelt es sich einerseits zwar um eine Untersuchung, die für die eigentliche Behandlung nur eine mittelbare Bedeutung hatte. Andererseits aber handelte es sich um eine einfache und wenig aufwändige, die Patientin in keiner Weise belastende Maßnahme, die keiner Abwägung unterlag, so dass der Fehler ohne weiteres zu vermeiden war. Das Inflammationssyndrom, bei dem zu Recht eine Infektion als Ursache gesehen wurde, stellte eine für die betagte und multimorbide Patientin sehr gefährliche Erkrankung dar, die größtmögliche Vorsicht und Sorgfalt gebot. Wenn ein der Situation nicht angepasstes Antibiotikum verschrieben wurde, dieses zudem in einer zu geringen Dosis verabreicht wurde und zugleich mit dem Kortisonpräparat ohne plausible Indikation ein Mittel gegeben wurde, das in eine ganz andere Richtung zielte und die Wirkung der Antibiose verschleierte und relativierte, so verleiht dies den Versäumnissen ein deutlich erhöhtes Gewicht. Es ergibt sich das Bild einer insgesamt zu wenig zupackenden und sachgerechten Vorgehensweise, die dem Ernst der Lage in wichtigen Schritten nicht mehr entsprach, und die durch weitere „suboptimale“ Verhaltensweisen wie die überaus spät angelegte Blutkultur oder das Unterlassen einer der Klärung dienlichen Computertomographie der Lunge weiter verstärkt wurde. Vor dem Hintergrund, dass hier zwingend zum Schutz der Patientin von einer nosokomialen Infektion auszugehen war, war das Verhalten in zentralen Schritten erheblich inkonsequent und widersprüchlich. Das rechtfertigt es, in der Summe von einem groben Fehler auszugehen.

Es ist konkret möglich und nicht etwa äußerst unwahrscheinlich, dass die Fehler einzeln und 54 erst recht in ihrer Gesamtheit zum weiteren Schadensverlauf und insbesondere zum Versterben der Patientin geführt haben. Hierfür genügt nach der Rechtsprechung des Senates, dass – zumindest im Rahmen der Gesamtbetrachtung - eine wenigstens 5%ige Wahrscheinlichkeit eines anderen Geschehensablaufs gegeben ist. Diese kann hier nicht verneint werden.

Hinsichtlich der unterlassenen Blutzuckerkontrollen ist es konkret möglich, dass sie sowohl am 7.9. als auch am 8.9. (auf die unterlassenen Messungen am 3.9. und 4.9. kommt es in diesem Zusammenhang nicht an) Werte ergeben hätten, die eine Entlassung verhindert und die frühzeitigere Therapie im Hinblick auf die bereits erfolgte Infektion (davon ist aus rückschauender Sicht nach Meinung beider Sachverständiger auszugehen) nach sich gezogen hätte. Es besteht nach dem einhelligen Urteil der beiden Sachverständigen ein innerer Zusammenhang zwischen Infektion und überhöhten Blutzuckerwerten und es ist rückschauend davon auszugehen, dass sich die Blutzuckerentgleisungen, die ab dem 8.9. zu beobachten waren, sehr wahrscheinlich durch die Infektion erklären. Es ist – auch unter Berücksichtigung der dann umso mehr ins Bild passenden – Schmerzen der Patientin alles andere als unwahrscheinlich, dass sich bei den Behandlern dann vor der Entlassung der Patientin der Verdacht auf das Vorliegen einer Infektion ergeben hätte mit der weiteren Folge, dass es nicht zur Entlassung gekommen wäre. Welche Blutzuckerwerte sich tatsächlich am 7.9. oder 8.9. ergeben hätten, ist zwar ungewiss. Dass eine signifikante Entgleisung aber ohne weiteres denkbar wäre, ist zwischen den Sachverständigen nicht umstritten. Auf die sehr streitige Frage, ob eine solche überwiegend wahrscheinlich gewesen wäre oder ob dies gänzlich spekulativ bleibt (davon geht der Senat nach den eingehenden Erörterungen dieses Punktes im Rahmen des Beweisterrains eher aus), kommt es aus rechtlicher Sicht nicht an. Dies würde sogar gelten, wenn die seitens der Klägerinnen ab dem 8.9.2011 gemessenen Werte nicht zugrunde zu legen wären. Allerdings sieht der Senat mit dem Sachverständigen Dr. C keinen Anlass, den diesbezüglichen Sachvortrag der Klägerinnen, der durch entsprechende Aufzeichnungen weiter plausibel gemacht wurde, in Zweifel zu ziehen. Mit der Messung der Werte, die sich im privaten Bereich nicht anders darstellt als im Krankenhaus, waren die Patientin und ihre Töchter vertraut.

Die Kausalität der fehlerhaften Wahl des Antibiotikums Unacid kann nicht mit der Erwägung verneint werden, dass sich nach dem Tod der Patientin durch die angelegte Blutkultur der Nachweis eines pathogenen Keims (*Staphylococcus aureus*) ergeben habe, der auf Unacid sensibel reagiere, so dass auch die Wahl des richtigen Antibiotikums keinen Unterschied bedeutet hätte. Diese der Wertung des Sachverständigen Dr. C und dem Urteil der Kammer zugrunde liegende Annahme hat sich (insbesondere im Verlauf der mündlichen Anhörung der beiden Sachverständigen) als nicht haltbar erwiesen. Nach der fachlichen Meinung beider Sachverständiger ist es nur in rund 30% aller Fälle überhaupt möglich, den infektiösen Keim zu identifizieren. Die Möglichkeit, dass weitere Erreger vorhanden waren als der identifizierte *Staphylococcus aureus*, ist damit sehr wohl gegeben. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein multibakterielles Geschehen vorlag, mag zwar eher gering sein, aber mit der von beiden Sachverständigen genannten maximal 10% Wahrscheinlichkeit nicht derart gering, dass damit mit hinreichender Sicherheit ein derartiges Geschehen auszuschließen wäre. In dieser Größenordnung bleibt eine solche Möglichkeit konkret bestehen und es kann nicht von äußerster Unwahrscheinlichkeit ausgegangen werden, so dass die insoweit verbleibenden Zweifel zu Lasten der Behandlerseite gehen.

56

Ähnliches gilt für die Unterdosierung des Antibiotikums. Dass die Wirkung von der Dosis abhängig ist, haben beide Sachverständige klar und eindeutig bestätigt. Da keine Aussage getroffen werden kann, wie lange die Infektion bereits bestand, als das Antibiotikum eingesetzt wurde, und wie hoch die Erregerlast zu diesem Zeitpunkt war, kann ein positiver Effekt einer wesentlich höheren Dosierung nicht ausgeschlossen werden. Der spätere Verlauf mit der zeitweiligen Besserung des Zustandes, den der Sachverständige Dr. C als Beleg für die Wirksamkeit des Mittels Unacid ansieht, lässt keinen sicheren Schluss darauf zu, dass auch ein höher dosiertes Medikament (ebenso wie ein Medikament mit breiterem Wirkspektrum) keinen anderen Verlauf zugelassen hätte. Immerhin war die beobachtete

57

positive Wirksamkeit nur von begrenzter Dauer, wie die dramatische weitere Entwicklung ab dem 15.9.2011 zeigt.

Der nicht indizierte Einsatz von Kortison war geeignet, die Wirksamkeit der Antibiotikagabe zu beeinflussen und zu verschleiern, wie die Anhörung der Sachverständigen ergeben hat. Auch insoweit war ein wesentlicher Kausalbeitrag am Gesamtgeschehen damit konkret möglich und nicht völlig unwahrscheinlich. 58

g) 59

Die vertragliche Haftung der Beklagten zu 1 und 5 folgt daraus, dass beide Vertragspartner der Patientin waren. Hinsichtlich des Beklagten zu 5 ist hier unstreitig, dass sie seine Privatpatientin war. Das Handeln oder Unterlassen der Personen, denen die Behandlungsfehler anzulasten sind, ist ihnen über § 278 BGB zuzurechnen, da sie Erfüllungsgehilfen sind. Zugleich haften beide Beklagten aus §§ 823, 831 BGB wegen der tatsächlichen Behandlungsübernahme. Das Handeln Dritter ist ihnen insoweit als deren Verrichtungsgehilfen zuzurechnen. 60

Für eine Haftung der Beklagten zu 2 bis 4 hingegen fehlt es schon an der Darlegung eines Haftungsgrundes. Der Vortrag der Klägerinnen erschöpft sich hier in der Behauptung, diese Beklagten seien „durchgängig in die Behandlung involviert“ gewesen. Das ist nicht ausreichend, um einen eindeutigen Zusammenhang zu auch nur einem der jeweils angesprochenen Behandlungsfehler zu begründen. Wer genau für die Durchführung der Blutzuckermessungen zuständig war (im Zweifel das Pflegepersonal) oder wer das Antibiotikum Unacid in dieser konkreten Dosierung verordnet hat bzw. das Cortisonpräparat, ist unklar geblieben. Eine Haftung der Beklagten zu 2 bis 4 käme im Übrigen nur in Betracht, wenn ihnen jeweils die Gesamtheit der zur Beweislastumkehr führenden Fehler anzulasten wäre, wofür erst recht nichts erkennbar ist. 61

h) 62

Der Höhe nach ist ein Schmerzensgeld von 2.500.- € angemessen, aber auch ausreichend. Zugrunde zu legen ist dabei, dass die Patientin bis zu ihrem Tod am Abend des 17.9.2011 Leiden in Form von starken Schmerzen am gesamten Körper zu erdulden hatte, die ihr bei einer sachgerechten Behandlung möglicherweise (diese Möglichkeit ist zugrunde zu legen) erspart geblieben wären. Letztlich kommt es dabei vor allem auf die Zeit ab dem 15.9. an, also insgesamt auf drei Tage, in denen sich der Zustand der Patientin zunehmend verschlimmerte. Neben den Schmerzen berücksichtigt der Senat maßgeblich den psychischen Umstand, dass mit zunehmender Verschlimmerung sich ein Gefühl der Ausweglosigkeit und des nahenden Todes eingestellt haben wird. Nicht schmerzensgelderhöhend ist dagegen der Zustand vor dem 15.9.2011. Zwar mag der erste relevante Fehler hier schon auf den 7.9.2011 zu datieren sein, doch zu der notwendigen Umkehr der Beweislast kann erst eine Zusammenschau der Fehler bis zum 13.9.2011 führen. Zu jener Zeit und für den folgenden Tag ging es der Patient allerdings eher besser als schlechter, so dass auch ein anderes Verhalten der Beklagten nichts geändert hätte. Nicht schmerzensgeldrelevant ist der eingetretene - möglicherweise (allerdings höchst unsicher) vermeidbare - Tod der Patientin. 63

i) 64

Auf die Frage, ob den Beklagten darüber hinaus Fehler bei der Hygiene anzulasten sind, die zur Infektion der Patientin führten, kommt es nicht entscheidend an (auch nicht für den 65

Umfang des Schmerzensgeldes), weshalb auch eine weitere Beweisaufnahme zu diesem Komplex nicht mehr angezeigt ist.

66 Dass die Patientin in einer den Beklagten zurechenbaren Weise durch einen Hygienemangel im Krankenhaus der Beklagten zu 5 mit einem Keim infiziert wurde, der dann zu dem schweren weiteren Verlauf führte, haben die Klägerinnen schon nicht schlüssig darlegen, erst recht aber nicht beweisen können. Nach allgemeinen Grundsätzen, die durch die jüngste Rechtsprechung des BGH nicht in Frage gestellt wurden, liegt die Darlegungs- und Beweislast für einen schadensursächlichen Hygienefehler beim klagenden Patienten. Der in der Rechtsprechung hierzu anerkannte Ausnahmefall, dass der zum Schaden führende Keim nachweislich aus einem voll beherrschbaren Risikobereich stammt, was dazu führt, dass die Verantwortlichkeit der Behandlerseite vermutet wird und diese sich hinsichtlich aller erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen entlasten muss (BGH Urt. vom 20.3.2007, VI ZR 158/06, VersR 2007, 847 f.; Senat, Beschl. V. 10.10.2012, 5 U 69/12; weitere Nachweise etwa bei Martis/Winkhart, 4. Aufl. V 381 ff.), liegt hier nicht vor. Dies würde zunächst voraussetzen, dass die Herkunft des Keims sicher geklärt wäre, was hier nicht der Fall ist. Schon die Herkunft des bei der Patientin durch Blutuntersuchung konkret ermittelten Keims *Staphylococcus aureus* in einer methicillinsensiblen Form steht keineswegs fest. Er kann genauso gut von der Haut der Patientin stammen wie im Krankenhaus erworben worden sein, was auch der private Sachverständige Prof. Dr. D nicht in Frage stellt. Gleiches gilt für etwaige weitere, hier nicht identifizierte, Keime. Auf einen Anscheinsbeweis können sich die Klägerinnen in einem solchen Fall erst recht nicht stützen. Kausalitätszweifel können sie damit insgesamt nicht ausräumen.

67 Eine Verlagerung der Darlegungs- und Beweislast hinsichtlich der Kausalität auf die Behandlerseite ist nicht möglich, weil die Klägerinnen den Nachweis eines groben Fehlers nicht führen können. Soweit sie allgemeine Vorgänge schildern wie etwa das Nichtbenutzen der in den Zimmern vorhandenen Händedesinfektionsgeräten durch Ärzte oder Pflegepersonal oder das Berühren und Untersuchen von Patienten mit unbehandschuhten Händen, das Unterlassen des Wechsels von Kitteln usw., können sie für diese Vorwürfe, die allesamt seitens der Beklagten bestritten sind, keinen Beweis anbieten. Selbst wenn die Richtigkeit ihrer Behauptungen unterstellt würde, handelte es sich zunächst nur um Einzelfallbeobachtungen, die aus Sicht des Senates keinen hinreichend sicheren Rückschluss auf schlechterdings unvertretbare hygienische Verhältnisse im Krankenhaus zuließen. Erst recht gilt dies etwa für die Tatsache, dass die Patientin nicht solange als MRSA-Trägerin behandelt wurde, wie der negative Befund der Screening-Untersuchung nicht vorlag.

68 Soweit sie im Rahmen der Klagebegründung zunächst auf die ihres Erachtens nach defizitäre Grundorganisation der Hygieneorganisation verweisen, etwa weil für die Organisation des Zentralbereichs Hygiene in den von der Gesellschaft der Gemeinnützigen Franziskanerinnen zu Olpe betriebenen Anstalten für beratende und unterstützende Tätigkeit seinerzeit lediglich eine einzige Fachärztin als Fachhygienikerin zur Verfügung gestanden und im Jahre 2011 nur ein Fachkrankenpfleger im Haus der Beklagten zu 5 als Ansprechpartner für Hygienefragen fungiert habe, ist schon nicht erkennbar, dass hierin überhaupt ein Verstoß gegen im Jahre 2011 bestehende Hygienestandards vorgelegen haben soll, geschweige denn ein grober Fehler. Ähnliches gilt für die vorgetragenen Erkenntnisse aus dem von den Klägerinnen angestregten Verwaltungsverfahren nach dem Infektionsschutzgesetz. Die dort getroffenen Feststellungen lassen keinen Rückschluss auf erhebliche Missstände in hygienischer Hinsicht und auf strukturelle Hygienemängel zu. Auch und erst recht gilt dies für die von den Klägerinnen angeführten Todesfälle und deren vermutete Ursachen (Sepsis, MRSA-

Pneumonie), insbesondere vor dem unstreitigen Hintergrund, dass das Krankenhaus der Beklagten zu 5 über eine hämatologisch-onkologische Abteilung verfügt mit Patienten, die typischerweise erhebliche Immunschwächen aufweisen und damit infektfälliger sind. Dass die von den Klägerinnen vorgetragenen Umstände sowohl einzeln als auch in ihrer Gesamtheit nicht auf strukturelle Hygieneprobleme schließen lassen, geschweige denn auf solche, die die rechtlichen Voraussetzungen eines groben Fehlers erfüllen, entspricht auch den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. C, der Behandlungsfehler auch hinsichtlich des Komplexes Hygienemängel verneint hat. Schließlich stützt sich auch der Privatgutachter der Klägerinnen, Prof. Dr. D, sich im Rahmen seiner Stellungnahmen an keiner Stelle auf den Aspekt von Hygieneversäumnissen.

Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, zusätzlich das Gutachten eines Krankenhaushygienikers einzuholen, wie von den Klägerinnen beantragt. Der Senat geht als sicher davon aus, dass – wenn überhaupt – ein solches Gutachten allenfalls einen als einfach einzustufenden Fehler ergeben könnte. Als solcher würde er in die oben vorgenommene Gesamtabwägung Eingang finden, ohne dass dies Einfluss auf Art und Umfang der Ansprüche der Klägerinnen hätte.

j) 70

Keine Entscheidungserheblichkeit kommt letztlich auch dem Umstand zu, dass die Patientin in Kenntnis des kritischen Zustandes am 16.9.2011 und - so die durch die erstinstanzlich durchgeführte Beweisaufnahme nicht widerlegte Behauptung der Klägerinnen - ohne weitere Rücksprache mit den Angehörigen nicht auf die Intensivstation verbracht und dort intensivmedizinisch behandelt wurde. Die Kammer hat insoweit bei isolierter Betrachtung dieses Punktes richtig erkannt, dass der Patientin dadurch in keiner Weise zusätzliche Schmerzen und Leiden zugefügt wurden, ihr vielmehr die durch die Intensivbehandlung und die sicher zu erwartenden dauerhaften Einschränkungen zusätzliche erhebliche Leiden gedroht hätten, so dass schon von daher kein Schmerzensgeldanspruch in Betracht komme. Diese Begründung würde in gleicher Weise gelten, wenn sich im Rahmen der Gesamtbetrachtung das Spektrum der Behandlungsfehler um diesen erweitern würde. In dem ausgetheilten Schmerzensgeldbetrag von 2500.- € ist maßgeblich auf die Schmerzen und Leiden in der letzten Lebensphase abgestellt worden, diese sind also ohnehin berücksichtigt. Eine weitere Erhöhung nur wegen des Hinzutretens eines zusätzlichen Fehlers käme nicht in Betracht.

Allerdings hat der Senat auch aus grundsätzlichen Erwägungen Bedenken, hier überhaupt von einem Behandlungsfehler (erst recht von einem groben Fehler) auszugehen. Die Patientin befand sich am Abend des 16.9.2011 in einem überaus kritischen gesundheitlichen Zustand (einer schweren Sepsis), der als an der Schwelle zum Tod zu bezeichnen ist. Die Entscheidung, ob in dieser Situation eine intensivmedizinische Behandlung mit der absehbaren Notwendigkeit lebensverlängernder Maßnahmen durchzuführen war, musste der Arzt im vertrauensvollen Gespräch mit der Patientin und – falls dies nicht möglich war, wie hier wohl anzunehmen ist – mit deren Angehörigen treffen. Tat er dies nicht, dürfte eine von ihm selbstständig getroffene Entscheidung zum Unterlassen weiterer Maßnahmen als rechtswidrig anzusehen sein, nicht aber als Verstoß gegen guten fachärztlichen Standard. Der Sachverständige Dr. C hat im Rahmen des erstinstanzlich erstatteten Gutachtens hierzu ausgeführt, dass die Verlegung auf die Intensivstation klar indiziert gewesen sei, jedoch auch gut nachvollziehbare Gründe gegen eine Verlegung gesprochen hätten, insbesondere die höchst ungewisse Aussicht auf einen günstigen Ausgang und die hohe Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Überleben der Patientin nahezu sicher mit äußerst schwerwiegenden Folgen

zu rechnen gewesen wäre, insbesondere im Bereich der Muskeln, des Gehirns und der Nieren. Die Entscheidung, in dieser Situation entweder weitere intensivmedizinischen Maßnahmen mit allen damit verbundenen Konsequenzen zu ergreifen oder von ihnen abzusehen, stellte sich als Entscheidung zwischen zwei Alternativen dar, die zu treffen allein dem Patienten bzw. seinen Angehörigen zustand, die sich aber einer Wertung als medizinisch richtig oder falsch entzog. Als möglicherweise rechtswidriges Verhalten würde dies nur Schmerzensgeldansprüche auslösen, wenn feststünde, dass negative gesundheitliche Folgen darauf beruhten. Solche Feststellungen lassen sich aber nicht treffen, da völlig offen ist, welches Ergebnis solche Maßnahmen gezeigt hätten.

3. 73

Der Zinsanspruch ergibt sich aus §§ 286, 288 BGB. 74

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91, 92 Abs.2, 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. Gemessen am Streitwert in zweiter Instanz liegt (insbesondere vor dem Hintergrund, dass nur zwei der fünf Verklagten für den Schmerzensgeldanspruch haften) die Obsiegsquote der Klägerinnen bei 4%, was die Anwendung von § 92 Abs.2 ZPO rechtfertigt. 75

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Die entscheidungserheblichen Fragen sind solche des Einzelfalls. 76

Der Berufungsstreitwert wird auf 25.000.- € festgesetzt. 77