

DOK 060:750.11:752.21

**Die Grenze, bis zu der der Erstschädiger dem Verletzten für die Folgen einer späteren fehlerhaften ärztlichen Behandlung haftet, wird erst dann überschritten, wenn die zweitschädigende fehlerhafte Behandlung eines Arztes derart gegen alle ärztlichen Regeln und Erfahrungen verstößt, dass der eingetretene Schaden seinem Handeln - haftungsrechtlich wertend allein - zugeordnet werden muss.**

**Der Gesamtschuldnerausgleich zwischen der Haftpflichtversicherung des Schädigers und dem Träger des Krankenhauses im Innenverhältnis erfolgt in entsprechender Anwendung des § 254 Abs.1 BGB.**

§ 426 Abs. 1, 2, § 254 Abs. 1 BGB

Urteil des OLG Oldenburg vom 08.07.2015 – 5 U 28/15

Abänderung des Urteils des LG Oldenburg vom 23.01.2015 – 8 O 1675/11

Die Parteien streiten über den **Innenausgleich** in Höhe von 265.000 € nebst 5% Zinsen eines **Gesamtschuldverhältnisses**.

Die Klägerin war der **Haftpflichtversicherer eines PKW** des Herrn S., der 2009 den B. bei einem Verkehrsunfall schwer verletzte. Die Beklagte ist die **Trägerin des Krankenhauses**, in dem B. nach dem Unfall behandelt wurde. Am 21.04.2009 überholte der Fahrer S. einen am Straßenrand abgestellten PKW und erfasste auf der Gegenfahrbahn das Krad des B. B. kam von der Straße ab und prallte gegen einen Baum. **Die Alleinschuld des S. am Unfall ist unstreitig**. Nach erster notärztlicher Versorgung wurde B. in das Krankenhaus der Beklagten verbracht. Dort wurde er wegen einer rechtsseitigen Rippenserienfraktur mit beidseitiger Lungenkontusion und Verletzungen am Unterschenkel auf die Intensivstation verlegt; B. musste beatmet werden. Am 23.04.2009 gab das Beatmungsgerät des B. den Alarm „Tubus blockiert“. Der herbeigeeilte Oberarzt T. vermutete einen Spannungspneumothorax, legte eine Bülaudrainage und erhöhte den inspiratorischen Druck. Inzwischen war B. reanimationspflichtig. Erst dann nahm T. eine Umintubation vor, woraufhin sich der Zustand des B. stabilisierte. Es verblieb jedoch eine hypoxische Hirnschädigung bei B., er liegt im Wachkoma. Im September 2011 schloss die Klägerin mit B. einen **Abfindungsvergleich** über 275.000 €, wonach dessen Ansprüche aus dem Verkehrsunfall, ausgenommen solche wegen vermehrter Bedürfnisse, abgegolten sein sollten. Der Abfindungsbetrag wurde auch ausbezahlt. Die Klägerin verlangt den um 10.000,- € verminderten Abfindungsbetrag nunmehr von der Beklagten mit der Begründung, die Beklagte habe B. am 23.04.2009 **fehlerhaft behandelt**; bei normalem Krankheitsverlauf hätte sie nur 10.000 € für den Schadensfall aufwenden müssen.

Das **LG Oldenburg verurteilte die Beklagte** zur Zahlung von 192.500 € und stellte fest, dass die Beklagte wegen ihrer grob fehlerhaften Behandlung des B. verpflichtet sei, die Klägerin von allen weiteren Ansprüchen des B. mit einer **Quote von 70%** freizustellen.

Das **OLG Oldenburg verurteilt die Beklagte zur vollen Zahlung** von 265.000 € nach § 426 Abs. 1, 2 BGB sowie auf **Freistellung der Klägerin von allen weiteren Forderungen des B. in vollem Umfang**. Die Parteien seien dem B. gegenüber **im Außenverhältnis als Gesamtschuldner zum Schadensersatz verpflichtet**. **Im Innenverhältnis trage die Beklagte den Schaden allein**. Der Oberarzt T. habe einen groben Behandlungsfehler begangen, weil er laut „Lehrbuch“ und Sachverständigengutachten als erste Maßnahme die Lage des Tubus hätte kontrollieren müssen (wird ausgeführt, vgl. Rz. 22).

**Bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers werde der Kausalzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem beim Patienten eingetreten Gesundheitsschaden vermutet**, wenn der Behandlungsfehler geeignet sei, den eingetreten „Primärschaden“ zu verursachen und ein Kausalzusammenhang nicht gänzlich oder äußerst unwahrscheinlich sei (vgl. Urteil des BGH vom 16.11.2004 – VI ZR 328/03 – Jjuris]). Diese Voraussetzungen lägen vorliegend vor (wird ausgeführt, vgl. Rz. 27). Die Beklagte habe diese Vermutung nicht widerlegen können.

**Jedoch sei der Kausalzusammenhang zwischen dem Verkehrsunfall und dem bei B. eingetretenen schweren Hirnschaden durch den groben Behandlungsfehler des Oberarztes T. nicht unterbrochen worden.** Eine solche Unterbrechung werde nur bei gröbster Verletzung ärztlicher Standards angenommen; dies sei nicht mit einem groben Behandlungsfehler gleichzusetzen. **Die Grenze, bis zu der der Erstschädiger dem Verletzten für die Folgen einer späteren fehlerhaften ärztlichen Behandlung hafte, werde erst dann überschritten, wenn die zweitschädigende fehlerhafte Behandlung des Arztes derart gegen alle ärztlichen Regeln und Erfahrungen verstoße, dass der eingetretene Schaden seinem Handeln haftungsrechtlich wertend allein zugeordnet werden müsse.** Dies sei vorliegend nicht der Fall, weil T. zwar ein grober Behandlungsfehler, aber keine Verletzung ärztlicher Regeln in gröbster Weise vorgeworfen werde könne.

Die Beklagte habe aber im Innenverhältnis den Schaden alleine zu tragen. **Der Gesamtschuldnerausgleich im Innenverhältnis erfolge in entsprechender Anwendung des § 254 Abs.1 BGB**, d. h. die gegenseitigen Verursachungsbeiträge müssten gegeneinander abgewogen werden. In erster Linie entscheidend sei, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit jeder Verursachungsbeitrag geeignet sei, den schädigenden Erfolg herbeizuführen. Erst in zweiter Linie sei das Maß des beiderseitigen Verschuldens abzuwägen. Die falsche Reaktion auf eine Tubusfehlage sei ohne weiteres geeignet, einen Sauerstoffmangel mit anschließender Hirnschädigung zu verursachen, während demgegenüber die Verletzungen des B. nach dem Unfall bei gewöhnlichem Verlauf nach wenigen Wochen ausgeheilt gewesen wären. Bei wertender Betrachtung trete deshalb der von der Klägerin zu vertretende Verursachungsbeitrag vollständig hinter das ärztliche Fehlverhalten zurück (wird ausgeführt vgl. Rz. 43).

Der eingeklagte Betrag von **265.000 €** sei **gerechtfertigt, auch wenn er nicht schlüssig dargelegt worden sei.** Der mit B. geschlossene Abfindungsvergleich binde die Beklagte nicht. Der eingeklagte Betrag sei aber deshalb zu zahlen, weil das LG Oldenburg alleine ein **Schmerzensgeld** von 400.000 € für dem B. zustehend erachtet habe, so dass somit eine **konkrete Schadensposition** zum Klagegegenstand gemacht wurde. **Die Klägerin habe sich dadurch, dass sie das landgerichtliche Urteil insofern nicht angegriffen habe, die für sie günstigen Ausführungen des Gerichts zu Eigen gemacht.** Auch wenn der Senat ein Schmerzensgeld von nur 350.000 € für angemessen erachte (wird ausgeführt, vgl. Rz. 51), genüge dies, um den Klageantrag zu stützen.

Das **Oberlandesgericht Oldenburg** hat mit **Urteil vom 08.07.2015 – 5 U 28/15 –** wie folgt entschieden:

## Tenor

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil der 8. Zivilkammer des Landgerichts O. vom 23. Januar 2015 unter Zurückweisung des Rechtsmittels im Übrigen geändert und wie folgt neu gefasst:

- 1.) Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 265.000,-€ nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15. November 2011 zu zahlen.
- 2.) Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, die Klägerin von allen weiteren Ansprüchen des Herrn B., geboren am xx. März 19xx, W., in Bezug auf vermehrte Bedürfnisse ab dem 22. Juli 2011 freizustellen, welche diesem durch die fehlerhafte ärztliche Behandlung am 23. April 2009 entstanden sind oder noch entstehen werden, auch soweit diese auf Sozialversicherungsträger oder andere eintrittspflichtige Dritte übergegangen und von der Klägerin zu erstatten sind.
- 3.) im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
- 4.) Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Beklagte.

5.) Dieses Urteil und das angefochtene Urteil sind ohne Sicherheitsleistung vorläufig vollstreckbar. Der Beklagten bleibt nachgelassen, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrages abzuwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

## Gründe

I.

1

Die Parteien streiten über den Innenausgleich eines Gesamtschuldverhältnisses.

2

Die Klägerin war Haftpflichtversicherer eines Pkw, mit dem Herr S. am 21. April 2009 die K.-straße in W. außerhalb geschlossener Ortschaft befuhr. In Höhe einer Bushaltestelle geriet er beim Überholen eines am Fahrbahnrand stehenden Pkw auf die Gegenfahrbahn. Dort erfasste er den 42jährigen B., der ihm mit einem Krad entgegenkam. Dieser kam von der Straße ab und prallte gegen einen Baum. Zwischen den Parteien ist unstrittig, dass Herr S. den Unfall allein verursacht hat. Herr B. war nach dem Zusammenstoß zunächst noch wach und ansprechbar. Gegenüber dem Notarzt klagte er über starke rechtsseitige Thoraxschmerzen. Er wurde sediert, intubiert, beatmet und sodann in die Klinik der Beklagten verbracht. Dort stellte man die Diagnose einer rechtsseitigen Rippenserienfraktur mit beidseitiger Lungenkontusion und einer Riss-Quetschwunde am linken Unterschenkel. Herr B. wurde auf der Intensivstation der Beklagten behandelt und dort weiter beatmet. Am 23. April 2009 um 08.30 Uhr kam es zu einem Zwischenfall: Das Beatmungsgerät gab einen Alarm mit der Anzeige „Tubus blockiert“. Der herbeigerufene Oberarzt Dr. T. erhöhte zunächst den inspiratorischen Druck und legte sodann eine Bülaudrainage, weil er einen Spannungspneumothorax vermutete. Diese Maßnahme führte jedoch nicht zu einer Entleerung von Luft. In der Zwischenzeit war Herr B. reanimationspflichtig geworden. Dr. T. nahm bei vorübergehender Maskenbeatmung eine Umintubation vor. Sodann stabilisierte sich der Zustand des Patienten. Im weiteren Verlauf zeigte sich jedoch, dass bei Herrn B. eine hypoxische Hirnschädigung eingetreten war.

3

Am 05. September 2011 schloss die Klägerin mit Herrn B. einen Abfindungsvergleich, wonach dessen Ersatzansprüche aus dem Verkehrsunfall - ausgenommen solche wegen vermehrter Bedürfnisse ab dem 22. Juli 2011 - mit der Zahlung von 275.000,-€ abgegolten sein sollten. Der vereinbarte Betrag wurde in der Folgezeit gezahlt.

4

Die Klägerin hat behauptet, dass die bei Herrn B. eingetretene Hirnschädigung auf grobe Behandlungsfehler der Ärzte der Beklagten zurückzuführen sei. Es hätte bereits am 22. April 2009 eine Extubation vorgenommen werden müssen, da keine Lungenkontusion mehr vorgelegen habe. Eine künstliche Beatmung sei so schnell wie möglich zu beenden. Am 23. April 2009 hätte auf den Alarm des Beatmungsgeräts hin als erste Maßnahme der Tubus kontrolliert werden müssen. Dieser sei verrutscht gewesen. Hätte man den Tubus sofort gewechselt, wäre der Hirnschaden wahrscheinlich zu verhindern gewesen. Ein Spannungspneumothorax habe nicht vorgelegen und auch nicht nahegelegen, weshalb die Anlage einer Thoraxdrainage als erste Maßnahme verfehlt gewesen sei. Zumindest hätte keine Bülaudrainage gelegt werden dürfen. Die Punktion mit einer großvolumigen

DOK 060:750.11:752.21

---

Venenverweilkanüle führe deutlich schneller zum Erfolg. Ein weiterer grober Behandlungsfehler der Ärzte der Beklagten liege darin, dass diese keine Kapnometriemessung durchgeführt hätten. Außerdem sei die Dokumentation unzureichend. Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, dass der von der Beklagten zu verantwortende Verursachungs- und Verschuldensbeitrag so deutlich überwiege, dass der Schaden im Innenverhältnis von dieser allein zu tragen sei. Bei gewöhnlichem Verlauf hätte sie für die Abfindung des Herrn B. allenfalls einen Betrag in Höhe von 10.000,-€ aufwenden müssen.

5

Die Klägerin hat beantragt,

6

1. die Beklagte zu verurteilen, an sie 265.000,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen;

7

2. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, sie von allen weiteren Ansprüchen des Herrn B., geboren am xx.03.19xx, W., freizustellen, welche Letzterem durch die fehlerhafte ärztliche Behandlung ab dem 22.04.2009 nachmittags (verzögerte Extubation) und am 23.04.2009 (fehlerhafte Reaktion auf falsche Tubuslage oder auf Dislokation des Tubus) im Hause der Beklagten (ab dem 22.07.2011) entstanden sind oder noch entstehen, auch soweit diese auf Sozialversicherungsträger oder andere eintrittspflichtige Dritte übergegangen sind und von ihr diesen zu erstatten sind.

8

Die Beklagte hat beantragt,

9

die Klage abzuweisen.

10

Sie hat die ihr vorgeworfenen Behandlungsfehler bestritten und behauptet, dass Herr B. am 22. April 2009 wegen der Schwere seiner Verletzungen noch nicht hätte extubiert werden können. Bei Eintritt des Beatmungsnotfalls am Folgetag seien ebenfalls die richtigen Maßnahmen ergriffen worden. Der Oberarzt Dr. T. habe als erstes eine Auskultation vorgenommen. Dabei seien grobe Atemgeräusche zu hören gewesen, weswegen er eine Fehlfrage des Tubus habe ausschließen dürfen und die Anlage einer Thoraxdrainage indiziert gewesen sei.

11

Das Landgericht hat ein Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. T. eingeholt und den Oberarzt Dr. T. als Zeugen vernommen. Sodann hat es die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 192.500,-€ zu zahlen, und festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, die Klägerin mit einer Quote von 70 % von allen weiteren Ansprüchen des Herrn B. freizustellen, welche diesem durch die fehlerhafte ärztliche Behandlung am 23. April 2009 entstanden sind oder noch entstehen, soweit es um vermehrte Bedürfnisse ab dem 22. Juli 2011 geht. Im Übrigen hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung heißt es in dem Urteil, dass die Beklagte der Klägerin zum Gesamtschuldnerausgleich verpflichtet sei. Beide Parteien hafteten im Außenverhältnis für den Schaden, der Herrn B. entstanden sei. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme sei den Ärzten der Beklagten ein grober Behandlungsfehler unterlaufen. In der am Morgen des 23. April 2009 eingetretenen Notsituation hätte sofort und als erste Maßnahme die Tubuslage kontrolliert werden müssen. Die Fehlermeldung „Tubus blockiert“ könne, so der Sachverständige Prof. Dr. T., verschiedene

DOK 060:750.11:752.21

---

Ursachen haben. Das Gerät weise durch den genannten Alarm auf einen erhöhten Beatmungsdruck bei reduziertem Hubvolumen hin. Ursache könne neben einer Tubusfehlage auch sein, dass der Patient gegengeatmet oder gehustet habe. Weiter könne eine asthmatische Verengung, eine Lungenembolie oder ein Spannungspneumothorax die Ursache einer solchen Meldung sein. Da eine Fehlbeatmung schon binnen weniger Minuten weitreichende Folgen habe, müsse äußerst zügig reagiert werden. Nach Lehrbuch gehe man in einer solchen Notfallsituation vom Beatmungsgerät zum Patienten vor, d.h. dass zunächst eine eventuelle technische Fehlerquelle des Geräts ausgeschaltet werde, indem man zur Handbeatmung greife. Für einen erfahrenen Intensivmediziner wie den Zeugen Dr. T. sei anhand des Widerstands gegen die Beatmung dabei sogleich zu spüren, ob ein Tubusfehler vorliege oder - bei geringerem Widerstand - ein Problem im Bereich des Körpers bzw. der Lunge des Patienten. Da die häufigste Ursache des Alarms „Tubus blockiert“ dessen Fehllage sei, werde bei lehrbuchmäßigem Vorgehen zwingend primär die Tubuslage überprüft und ggf. umintubiert. Erst danach wende man sich den Ursachen beim Patienten selbst zu. Dass die Ärzte der Beklagten nicht als erste Maßnahme die Tubuslage überprüft hätten, stelle einen groben Behandlungsfehler dar. Dieser führe hinsichtlich des Kausalzusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden zu einer Umkehr der Beweislast. Es wirke sich daher zum Nachteil der Beklagten aus, dass der Sachverständige nicht sicher habe sagen können, ob Herr B. durch eine Korrektur der Tubuslage vor der durch den Sauerstoffmangel eingetretenen Hirnschädigung bewahrt worden oder der Schaden zumindest geringer ausgefallen wäre. Für den Ausgleich der Gesamtschuld im Innenverhältnis seien, so das Landgericht weiter, in entsprechender Anwendung des § 254 Abs. 1 BGB die beiderseitigen Verursachungsbeiträge der Parteien gegeneinander abzuwägen. Die Haftung der Klägerin sei durch den von der Beklagten zu verantwortenden groben Behandlungsfehler nicht gänzlich ausgeschlossen; eine Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs liege nicht vor. Der Verursachungsbeitrag der Beklagten überwiege aber deutlich und sei mit 70 % zu gewichten, da die Hirnschädigung in erster Linie auf die Fehlbehandlung am 23. April 2009 zurückzuführen sei. Dass der Unfall den Geschädigten überhaupt erst in die gefährliche Situation der künstlichen Beatmung gebracht habe, dürfe zwar nicht gänzlich außer Betracht bleiben, trete aber in den Hintergrund. Auf dieser Grundlage sei der Zahlungsantrag der Klägerin in Höhe von 192.500,-€ gerechtfertigt. Wie sich dieser zusammensetze, bedürfe nicht der Spezifizierung, da er bereits unter dem Gesichtspunkt des Schmerzensgeldes gerechtfertigt sei. Herr B. habe eine hypoxische Schädigung des Gehirns erlitten und befinde sich nunmehr im Zustand des Wachkomas bei völliger Kommunikationsunfähigkeit. Die realistische Möglichkeit einer Zustandsverbesserung bestehe nicht. Schmerzensgelderhöhend wirke sich aus, dass sowohl dem Unfallverursacher S. als auch den Ärzten der Beklagten ein deutlich gesteigertes Verschulden zu Last falle. Der immaterielle Schaden des Herrn B. sei daher mit mindestens 400.000,-€ zu bemessen, wovon 70% den Zahlungsantrag bereits in vollem Umfang rechtfertigten. Das Feststellungsbegehren sei, so das Landgericht weiter, nach Maßgabe derselben Quote begründet. Die Möglichkeit der Entstehung weitergehender materieller Schäden liege auf der Hand. Ansprüche des Geschädigten gegen die Klägerin kämen aufgrund des Abfindungsvergleichs nur noch in dem zuerkannten Umfang in Betracht.

12

Dagegen richtet sich die Berufung der Klägerin, mit der sie sich gegen die vom Landgericht festgestellte Haftungsquote von 70:30 wendet. Herr B. habe durch den Verkehrsunfall vom 21. April 2009 keine besonders schweren Verletzungen erlitten, weswegen es äu-

DOK 060:750.11:752.21

---

berst unwahrscheinlich gewesen sei, dass es bei ihm zu einer Hirnschädigung kommen würde. Dafür treffe allein den behandelnden Arzt die Verantwortung. Dessen Fehler wiege so schwer, dass der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 21. April 2009 und dem bei Herrn B. eingetretenen Hirnschaden unterbrochen worden sei. Zumindest trete der von ihr, der Klägerin, zu verantwortende Verursachungsbeitrag vollständig hinter dem der Beklagten zurück.

13

Die Klägerin beantragt,

14

die Beklagte unter Abänderung des angefochtenen Urteils nach den zuletzt erstinstanzlich gestellten Anträgen zu verurteilen.

15

Die Beklagte beantragt,

16

die Berufung zurückzuweisen.

17

Sie verteidigt das angefochtene Urteil, wiederholt ihr erstinstanzliches Vorbringen und meint, dass die vom Landgericht festgestellte Haftungsquote gerechtfertigt sei. Den Versicherungsnehmer der Klägerin treffe, so behauptet sie, ein schweres Verschulden; er habe Herrn B. schwerste Verletzungen zugefügt. Demgegenüber hätten ihre Ärzte in extrem schwieriger Notlage das Beste versucht. Aufgrund der Spezifität der Unfallverletzungen seien sie von einem Spannungspneumothorax ausgegangen. Das hätten sie aus ex ante Sicht auch tun dürfen. Ein Spannungspneumothorax sei von der Vielzahl der in Betracht kommenden Komplikationsmöglichkeiten die wahrscheinlichste Ursache für die Tubusblockade gewesen. Hätte ein solcher vorgelegen, wäre eine vorherige Umintubation für Herrn B. möglicherweise tödlich gewesen. Für eine Tubusfehlage hätten keine überwiegenden Indizien gesprochen. Das vom Landgericht eingeholte Gutachten kranke an einer unzulässigen ex post Betrachtung und sei widersprüchlich. Der Sachverständige Prof. Dr. T. habe in seinem Erstgutachten noch den Standpunkt vertreten, dass der Oberarzt Dr. T. an einen Pneumothorax habe denken dürfen und die Anlage einer Thoraxdrainage nicht grob fehlerhaft gewesen sei. In seiner Anhörung vom 11. Januar 2013 habe er ausgeführt, dass die Umintubierung zwar nach Lehrbuch an erster Stelle stehe, ein Spannungspneumothorax hier aber eine ernstzunehmende Möglichkeit gewesen sei. Erst in seiner abschließenden Anhörung am 17. Dezember 2014 habe er es als groben Behandlungsfehler angesehen, dass Dr. T. nicht als erste Maßnahme eine Umintubation vorgenommen habe. Diese Kehrtwende sei nicht verständlich. Weiter meint die Beklagte, es dürfe bei der Festlegung der Haftungsquote nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Kausalität des Verkehrsunfalls für die Gesundheitsschäden des Herrn B. feststehe, während die Kausalität des Behandlungsfehlers nur unter dem Aspekt eines groben Behandlungsfehlers vermutet werde. Weiter dürfe nicht unberücksichtigt bleiben, dass das Vorgehen des Oberarztes Dr. T. subjektiv nicht vorwerfbar sei.

II.

18

Die Berufung ist zulässig und überwiegend begründet.

19

Die Klägerin hat gegen die Beklagte gemäß § 426 Abs. 1, 2 BGB einen Anspruch auf Zahlung von 265.000,-€ und - im zuerkannten Umfang - Freistellung von allen weiteren Forderungen des Herrn B..

20

1.) Die Parteien sind dem Geschädigten im Außenverhältnis als Gesamtschuldner zum Schadensersatz verpflichtet.

21

a.) Für die Beklagte ergibt sich das aus den §§ 280 Abs. 1, 611, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB.

22

aa.) Nach dem Ergebnis der vor dem Landgericht durchgeführten Beweisaufnahme hat der bei ihr beschäftigte Oberarzt Dr. T. in der am Morgen des 23. April 2009 eingetretenen Notfallsituation einen groben Behandlungsfehler begangen. Er hätte als erste Maßnahme die Lage des Tubus kontrollieren müssen.

23

(1) Der Sachverständige Prof. Dr. T. hat in seinem Gutachten ausgeführt, dass die Fehlermeldung „Tubus blockiert“ verschiedene Ursachen haben könne. Das Gerät weise durch den genannten Alarm auf einen erhöhten Beatmungsdruck bei reduziertem Hubvolumen hin. Ursache könne neben einer Tubusfehlage sein, dass der Patient gegengeatmet oder gehustet habe. Weiter komme als Ursache eine asthmatische Verengung, eine Lungenembolie oder ein Spannungspneumothorax in Betracht. Da eine Fehlbeatmung schon binnen weniger Minuten weitreichende Folgen haben könne, müsse äußerst zügig reagiert werden. Nach Lehrbuch gehe man in einer solchen Notsituation vom Beatmungsgerät zum Patienten vor, d.h. dass man zunächst eine eventuelle technische Fehlerquelle des Geräts ausschalte, indem man zur Handbeatmung greife. Für einen erfahrenen Intensivmediziner sei dabei anhand des Widerstands gegen die Beatmung zu spüren, ob ein Tubusfehler vorliege oder - bei geringerem Widerstand - ein Problem im Bereich des Körpers bzw. der Lunge des Patienten. Da die häufigste Ursache des Alarms „Tubus blockiert“ dessen Fehllage sei, werde bei lehrbuchmäßigem Vorgehen zwingend primär die Tubuslage überprüft und ggf. umintubiert. Erst danach wende man sich den Ursachen zu, die beim Patienten selbst vorliegen können. Dass die Ärzte der Beklagten nicht als erste Maßnahme die Tubuslage überprüft hätten, stelle einen groben Behandlungsfehler dar, auch wenn extremer Zeitdruck bestanden und ein Spannungspneumothorax wegen der Rippenserienfraktur des Geschädigten B. näher gelegen habe als in anderen Fällen.

24

(2) Der Senat hat keine Zweifel an der Richtigkeit dieser Ausführungen. Es leuchtet ein, dass in einer Notfallsituation, wie hier, in der wenig Zeit ist zu überlegen, lehrbuchmäßig vorgegangen und zunächst die häufigste Ursache für den Alarm „Tubus blockiert“ ausgeschlossen werden muss. Davon abweichende individuelle Überlegungen verzögern das Vorgehen und gefährden den Patienten. Der Senat verkennt - ebenso wie das Landgericht - nicht, dass der Sachverständige Prof. Dr. T. nicht von vornherein einen groben Behandlungsfehler angenommen hat. In seinem Erstgutachten vom 18. Juni 2012 heißt es noch, dass die Anlage der Thoraxdrainage in der Akutsituation ihre Berechtigung gehabt habe und nicht als grober Behandlungsfehler anzusehen sei. Gleichzeitig hat der Sachverständige jedoch bereits darauf hingewiesen, dass bei akuten Beatmungsproblemen immer ei-

ne Tubusfehlage ausgeschlossen werden müsse und es zu keinen Verzögerungen durch eine aufwändige Diagnostik kommen dürfe. Daran hat er in der mündlichen Verhandlung vom 11. Januar 2013 angeknüpft und angegeben, er räume ein, dass nach Lehrbuch als erstes der Tubus hätte überprüft werden müssen. Bei dieser Einschätzung ist er - trotz wiederholter und intensiver Nachfragen des Landgerichts und der Parteien - in der Folgezeit geblieben (vgl. Ergänzungsgutachten vom 18. Juni 2013 und 05. Juli 2014 sowie Anhörung vom 17. Dezember 2014). Auf konkrete Nachfrage hat er auch sogleich einen groben Behandlungsfehler des Oberarztes bejaht (vgl. Ergänzungsgutachten vom 18. Juni 2013). Dass der Sachverständige die Reihenfolge der von Herrn Dr. T. am 23. April 2009 ergriffenen Maßnahmen in seinem Erstgutachten vom 18. Juni 2012 noch nicht für grob fehlerhaft gehalten hat, beruht, wie er selbst eingeräumt hat, auf einer nicht konsequenten Anwendung des lehrbuchmäßigen Handlungsregimes. Zweifel an der Richtigkeit seiner späteren Ausführungen bestehen daher nicht.

25

(3) Das Landgericht hat sich zu Recht der Wertung des Sachverständigen, dass ein grober Behandlungsfehler vorliege, angeschlossen. Ein grober Behandlungsfehler liegt vor, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt des entsprechenden Fachs schlechterdings nicht unterlaufen darf (vgl. BGH, Urteil vom 16. Juni 2009 zu VI ZR 157/09, bei juris Rn. 15 m.w.N.). Das ist hier der Fall. Der Oberarzt Dr. T. hatte zwar eine äußerst kritische Situation innerhalb kürzester Zeit zu bewältigen. Gerade deshalb musste er sich jedoch an das von dem Sachverständigen beschriebene klare Handlungsregime halten, wonach die Kontrolle der Tubuslage ausnahmslos Priorität genießt. Dass er dies nicht getan hat, stellt ein schwerwiegendes Versäumnis dar.

26

bb.) Bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers wird der Kausalzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem beim Patienten eingetretenen Gesundheitsschaden vermutet, wenn der Behandlungsfehler generell geeignet ist, den eingetretenen Primärschaden zu verursachen, und ein Kausalzusammenhang nicht gänzlich bzw. äußerst unwahrscheinlich ist (vgl. dazu vgl. dazu BGH, Urteil vom 16. November 2004 zu VI ZR 328/03, bei juris Rn. 11 f. m.w.N.).

27

Diese Voraussetzungen liegen hier vor.

28

Die verzögerte Reaktion auf eine Tubusfehlage ist generell geeignet, eine Sauerstoffunterversorgung und damit einen Hirnschaden herbeizuführen.

29

Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler des Oberarztes Dr. T. und dem bei Herrn B. eingetretenen Gesundheitsschaden ist auch nicht gänzlich bzw. äußerst unwahrscheinlich. Der Sachverständige Prof. Dr. T. hat in seinem Gutachten ausgeführt, dass sich nicht sagen lasse, wie der Verlauf bei einem sofortigen Tubuswechsel gewesen wäre. Ein akuter Sauerstoffmangel sei ein dynamisches Geschehen. Da man nicht wisse, wie lange die Unterversorgung bereits bestand, als Dr. T. hinzugerufen wurde, seien alle Aussagen spekulativ. Das beschriebene fahle Hautkolorit des Geschädigten deute zwar auf eine bereits eingetretene Sauerstoffunterversorgung hin. Wie schnell sich ein Hirnschaden bei einem Sauerstoffmangel entwickle, sei aber von verschiedenen Faktoren ab-

hängig (z.B. Umgebungstemperatur, Kreislaufsituation des Patienten). Grob geschätzt liege der Zeitraum bei fünf Minuten.

30

Danach ist es nicht ausgeschlossen, dass eine sofortige Korrektur der Tubusfehlage das Geschehen noch günstig beeinflusst hätte, und ein Kausalzusammenhang daher nicht gänzlich bzw. äußerst unwahrscheinlich.

31

Zu Lasten der Beklagten wird daher ein Kausalzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler des Oberarztes Dr. T. und dem bei Herrn B. eingetretenen Hirnschaden vermutet.

32

cc.) Da es der Beklagten nicht gelungen ist, diese Vermutung zu widerlegen, haftet sie dem Geschädigten für alle Folgen der fehlerhaften Behandlung vom 23. April 2009.

33

b.) Für die Klägerin ergibt sich eine Haftung aus § 115 Abs. 1 Nr. 1 VVG. Der von dem Zeugen Stephan S. geführte Pkw war bei ihr haftpflichtversichert. Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass dieser den Verkehrsunfall allein verursacht hat.

34

Der Kausalzusammenhang zwischen dem Verkehrsunfall und dem bei Herrn B. eingetreten schweren Hirnschaden ist nicht durch den Behandlungsfehler des Oberarztes Dr. T. unterbrochen worden. Eine solche Unterbrechung wird nur bei grübster Verletzung ärztlicher Standards angenommen, was nicht mit dem groben Behandlungsfehler gleichzusetzen ist (vgl. OLG Köln, Urteil vom 28. April 1993 zu 27 U 144/92, veröffentlicht in juris). Die Grenze, bis zu welcher der Erstschädiger dem Verletzten für die Folgen einer späteren fehlerhaften ärztlichen Behandlung einzustehen hat, wird in aller Regel erst dann überschritten, wenn der die Zweitschädigung herbeiführende Arzt in außergewöhnlich hohem Maße die an ein gewissenhaftes ärztliches Verhalten zu stellenden Anforderungen außer Acht gelassen und derart gegen alle ärztlichen Regeln und Erfahrungen verstoßen hat, dass der eingetretene Schaden seinem Handeln haftungsrechtlich-wertend allein zugeordnet werden muss (vgl. BGH, Urteil vom 20. September 1988 zu VI ZR 37/88, bei juris Rn.18 m.w.N.).

35

Das ist hier nicht der Fall.

36

Der Oberarzt Dr. T. hat die an ein gewissenhaftes ärztliches Verhalten zu stellenden Anforderungen nicht in grübster Weise verletzt. Ihm ist zwar ein grober Behandlungsfehler vorzuwerfen. Er hat aber nicht derart gegen alle ärztlichen Regeln und Erfahrungen verstoßen, dass der eingetretene Schaden seinem Handeln haftungsrechtlich-wertend allein zugeordnet werden muss. Denn es liegt nicht außerhalb jeder Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzt in einer Notfallsituation, wie hier, die falschen Maßnahmen ergreift bzw. nicht in richtiger Reihenfolge vorgeht.

37

2.) Die Beklagte hat den Schaden im Innenverhältnis allein zu tragen. Dies folgt daraus, dass die unmittelbar von dem Versicherungsnehmer der Klägerin zu verantwortenden Verletzungsfolgen (Rippenfraktur und Lungenkontusion) neben den unmittelbaren Folgen, die

von der Beklagten zu verantworten sind (hypoxischer Hirnschaden), als fast vernachlässigenswert gering anzusehen sind und dass zudem das von der Beklagten zu verantwortende Verhalten viel mehr geeignet war, den hypoxischen Hirnschaden herbeizuführen.

38

Im Einzelnen:

39

Für den Ausgleich der Gesamtschuld im Innenverhältnis sind in entsprechender Anwendung des § 254 Abs. 1 BGB in erster Linie die beiderseitigen Verursachungsbeiträge gegeneinander abzuwägen. Entscheidend ist, mit welchem Grad von Wahrscheinlichkeit diese geeignet waren, den schädigenden Erfolg herbeizuführen. Daneben, aber erst in zweiter Linie, ist das Maß des beiderseitigen Verschuldens abzuwägen (vgl. BGH, Urteil vom 20. Januar 1998 zu VI ZR 59/97, bei juris Rn. 8, m.w.N.; OLG Köln, Urteil vom 18. April 1996 zu 18 U 101/95, NZV 1997, 357, m.w.N.; Grüneberg in Palandt, BGB, 74. Auflage, § 426 Rn. 14 i.V.m. § 254 Rn. 58 m.w.N.).

40

Als Verursachungsbeiträge stehen sich hier der von dem Versicherungsnehmer der Klägerin herbeigeführte Verkehrsunfall vom 21. April 2009 und der von der Beklagten zu verantwortende Behandlungsfehler vom 23. April 2009 gegenüber. Wägt man ab, mit welchem Grad von Wahrscheinlichkeit diese geeignet waren, die Hirnschädigung des Herrn B. herbeizuführen, erscheint eine Alleinhaftung der Beklagten angemessen.

41

Durch den Verkehrsunfall zog sich Herr B. zunächst nur eine rechtsseitige Rippenserienfraktur mit beidseitiger Lungenkontusion und eine Riss-Quetschwunde am linken Unterschenkel zu; er wurde wegen seiner Schmerzen vom Notarzt sediert, intubiert und beatmet. Seine Verletzungen waren zwar schwer, aber nicht so schwer, dass mit dem Eintritt eines schweren Hirnschadens gerechnet werden musste. Bei gewöhnlichem Verlauf wäre Herr B. vermutlich nach wenigen Wochen wieder vollständig genesen gewesen. Dass er nach dem Unfall beatmet wurde, ging zwar mit Risiken einher. Es ist allgemein bekannt, dass es dabei zu Komplikationen kommen kann. Solche Komplikationen sind aber selten. Die Wahrscheinlichkeit, dass es hier zu einer Fehllage des Tubus kommen würde, war sehr gering. Es handelt sich dabei um ein Risiko, das im Allgemeinen gut beherrscht werden kann. Noch geringer war die Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzt die Fehllage des Tubus nicht erkennen und die falschen Maßnahmen ergreifen würde. Dies kommt nur in seltenen Ausnahmefällen vor. Nimmt man beides zusammen, war es hier zwar nicht ausgeschlossen, aber äußerst unwahrscheinlich, dass es infolge des Verkehrsunfalls bei Herrn B. zu einer schweren Hirnschädigung kommen würde.

42

Demgegenüber war die Wahrscheinlichkeit, dass der Behandlungsfehler des Oberarztes Dr. T. entsprechende Folgen haben würde, sehr hoch. Die falsche Reaktion auf eine Tubusfehllage ist ohne Weiteres geeignet, bei dem Patienten zunächst einen Sauerstoffmangel und sodann einen Hirnschaden zu verursachen.

43

Bei wertender Betrachtung tritt der von der Klägerin zu verantwortende Verursachungsbeitrag vollständig hinter dem der Beklagten zurück. Während der Behandlungsfehler des Oberarztes Dr. T. mit hoher Wahrscheinlichkeit geeignet war, den schweren Hirnschaden des Herrn B. zu verursachen, war die Wahrscheinlichkeit, dass der Verkehrsunfall solche

DOK 060:750.11:752.21

---

Folgen haben würde, äußerst gering. Sollte man die Wahrscheinlichkeit mathematisch bemessen, läge sie vermutlich in einem Bereich von deutlich unter 1: 100.000. Der Verkehrsunfall vom 21. April 2009 war zwar der Auslöser für die Notfallsituation am 23. April 2009; zu einer Beatmung wäre es ansonsten nicht gekommen. Er barg aber - und nur darauf kommt es an - nicht die realistische Gefahr einer schweren Hirnschädigung des Herrn B. in sich. Anders der Behandlungsfehler des Oberarztes Dr. T.. Dieser wies von vornherein eine sehr hohe Schadensneigung auf und stellte eine konkrete Gefahr für Herrn B. dar. Vergleicht man diese mit der von dem Verkehrsunfall ausgehenden Gefahr, erscheint letztere völlig unbedeutend, beinahe zufällig. Es ist daher eine Alleinhaftung der Beklagten gerechtfertigt.

44

Etwas anderes gilt selbst dann nicht, wenn man das Verschulden des Versicherungsnehmers der Klägerin höher gewichten sollte als das des Oberarztes Dr. T.. Bei der Abwägung kommt es in erster Linie darauf an, in welchem Maß die Beteiligten zur Schadensentstehung beigetragen haben. Das Verschulden ist nur ein Faktor der Abwägung (vgl. BGH, a.a.O.). Selbst wenn der Versicherungsnehmer der Klägerin grob fahrlässig gehandelt haben sollte und der Oberarzt Dr. T. nicht, weil man ihm möglicherweise keinen subjektiv gesteigerten Vorwurf machen kann, bliebe es dabei, dass der Verkehrsunfall vom 21. April 2009 - anders als das Ereignis vom 23. April 2009 - nur mit einer geringen Wahrscheinlichkeit geeignet war, die schwere Hirnschädigung des Herrn B. herbeizuführen. Bei wertender Betrachtung ist dies der ausschlaggebende Gesichtspunkt. Dem möglicherweise gesteigerten Verschulden des Versicherungsnehmers der Klägerin kommt demgegenüber keine maßgebliche Bedeutung zu, weil es die von dem Verkehrsunfall ausgehende Gefahr nicht wesentlich erhöht hat.

45

Dass der Kausalzusammenhang zwischen dem groben Behandlungsfehler des Oberarztes Dr. T. und dem bei Herrn B. eingetretenen Hirnschaden - unter dem Aspekt eines groben Behandlungsfehlers - nur vermutet wird, führt nicht zu einer anderen rechtlichen Bewertung. Beim Ausgleich der Gesamtschuld im Innenverhältnis spielen Kausalitätserwägungen keine Rolle. Es kommt nur darauf an, mit welchem Grad von Wahrscheinlichkeit die im Außenverhältnis festgestellten Verursachungsbeiträge geeignet waren, den schädigenden Erfolg herbeizuführen.

46

Die vom Landgericht zitierte Entscheidung des OLG Köln vom 18. April 1996 zu 18 U 101/95 (a.a.O.) lässt sich nicht auf den vorliegenden Fall übertragen. Dort hatte der beklagte Kfz-Haftpflichtversicherer eine Haftungsquote von 30 % anerkannt, so dass von vornherein nicht im Streit war, ob das klagende Krankenhaus zu 100 % haften würde.

47

3.) Für die Schäden, die Herr B. unmittelbar durch den Verkehrsunfall erlitten hat (rechtsseitige Rippenserienfraktur mit beidseitiger Lungenkontusion und Riss-Quetschwunde am Unterschenkel) haftet nur die Klägerin.

48

4.) Der von ihr mit dem Klageantrag zu 1.) geltend gemachte Betrag von 265.000,-€ ist gerechtfertigt.

49

a.) Die Klägerin hat zwar in erster Instanz nicht vorgetragen, wie sich dieser zusammensetzt, weswegen die Klage mangels Schlüssigkeit hätte abgewiesen werden können; der mit Herrn B. geschlossene Abfindungsvergleich bindet die Beklagte nämlich nicht. Das Landgericht hat aber angenommen, dass Herrn B. ein Schmerzensgeld von mindestens 400.000,-€ zustehe, und damit eine konkrete Schadensposition zum Gegenstand der Klage gemacht. Da die Klägerin das Urteil des Landgerichts insofern nicht angreift, ist davon auszugehen, dass sie sich die für sie günstigen Ausführungen zu eigen macht (vgl. zu einer ähnlichen Konstellation - unbestimmter Klageantrag - BGH, Urteil vom 11. Mai 1995 zu I ZR 86/93, bei juris Rn. 25 m.w.N.).

50

b.) Das gilt auch in Bezug auf die für die Bemessung des Schmerzensgeldes maßgeblichen Gesichtspunkte, die das Landgericht, ohne weiteren Sachvortrag der Klägerin zu verlangen, selbst herausgearbeitet hat.

51

c.) Der Senat hält ein Schmerzensgeld von 350.000,-€ für angemessen, aber auch ausreichend, um die bei Herrn B. eingetretenen Gesundheitsschäden auszugleichen.

52

Das Schmerzensgeld hat die Funktion, dem Verletzten einen Ausgleich für den erlittenen Schaden und eine Genugtuung für das ihm zugefügte Leid zu gewähren (vgl. dazu Grüneberg in Palandt, BGB, 74. Aufl., § 253 Rn. 4 m.w.N.). Eine billige Entschädigung in Geld steht dem Geschädigten auch dann zu, wenn seine Persönlichkeit weitgehend zerstört ist, selbst wenn seine Empfindungsfähigkeit ganz oder teilweise durch das schadensstiftende Ereignis aufgehoben ist. Dabei ist weniger der Gedanke der Sühne von Bedeutung. Anzuknüpfen ist vielmehr daran, dass die Einbuße der Persönlichkeit schon für sich gesehen einen auszugleichenden immateriellen Schaden darstellt. Eine solche Beeinträchtigung verlangt angesichts des hohen Wertes, den das Grundgesetz der Persönlichkeit und der Würde des Menschen beimisst, eine herausragende Entschädigung (vgl. dazu grundlegend BGH, Urteil vom 13. Oktober 1992 zu VI ZR 201/91, bei juris Rn. 28 ff. m.w.N.).

53

Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass es bei Herrn B. infolge der am 23. April 2009 eingetretenen Sauerstoffunterversorgung zu einer hypoxischen Hirnschädigung gekommen ist. Er befindet sich im Zustand des Wachkomas bei völliger Kommunikationsunfähigkeit und ist bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens auf pflegerische Hilfe angewiesen. Angesichts der verstrichenen Zeit besteht keine realistische Möglichkeit, dass sich sein Zustand noch verbessert. Vor dem Ereignis vom 23. April 2009 war Herr B. ein gesunder, selbstbestimmter 42jähriger Mann.

54

Wie hoch ein Schmerzensgeld im Fall einer schweren, dauerhaften Hirnschädigung zu sein hat, haben die Gerichte in der Vergangenheit unterschiedlich beantwortet. Es wurden in den letzten Jahren Beträge von 300.000,-DM (OLG Stuttgart, Urteil vom 11. Juni 2002 zu 14 U 83/01, zitiert nach juris: hypoxische Hirnschädigung eines Neugeborenen infolge einer Überbeatmung; OLG Hamm, Urteil vom 25. November 2002 zu 3 U 100/02, zitiert nach juris: hypoxe Hirnschädigung einer älteren Frau infolge einer Sauerstoffunterversorgung), 200.000,-€ (OLG München, Urteil vom 08. Juli 2004 zu 1 U 3882/03, zitiert nach juris: hypoxe Hirnschädigung einer 17jährigen Frau infolge eines Behandlungsfehlers;

OLG Köln, Urteil vom 06. Juni 2012 zu 5 U 28/10, zitiert nach juris: Hirnschädigung eines 23jährigen Mannes infolge eines ärztlichen Behandlungsfehlers), 400.000,-DM (Senat, Urteil vom 30. Mai 2000 zu 5 U 218/99, zitiert nach juris: hypoxe Hirnschädigung einer 26jährigen Frau infolge einer Lungenembolie), 250.000,-€ (LG Göttingen, Urteil vom 14. März 2006 zu 8 O 153/05, zitiert nach Hacks/Wellner/Häcker, Schmerzensgeldbeträge, 33. Aufl., Nr. 33.1477: hypoxer Hirnschaden eines 43jährigen Mannes durch Fußtritte gegen den Kopf), 300.000,-€ (Senat, Hinweisbeschluss vom 27. August 2013 zu 5 U 166/12: Hirnschaden eines vorerkrankten Mannes infolge unzureichender Beatmung; OLG München, Urteil vom 15. Dezember 2011 zu 1 U 1913/10, zitiert nach juris: hypoxe Hirnschädigung eines 54jährigen Mannes infolge einer Sauerstoffunterversorgung), 350.000,-€ (OLG Düsseldorf, Urteil vom 18. April 2013 zu 8 U 24/12, zitiert nach juris: hypoxisch-ischämische Enzephalopathie durch Versäumnisse bei der Geburtsleitung), 400.000,-€ (LG Bielefeld, Urteil vom 25. September 2007 zu 4 O 522/05, zitiert nach juris: Hirnschädigung eines 41jährigen Mannes infolge eines Behandlungsfehlers), 550.000,-€ (LG Düsseldorf, Urteil vom 12. Dezember 2013 zu 3 O 389/08, zitiert nach Hacks/Wellner/Häcker, Schmerzensgeldbeträge, 33. Aufl., Nr. 33.2744: schwerste hypoxische Hirnschädigung eines Kindes bei der Geburt) und 650.000,-€ (KG Berlin, Urteil vom 16. Februar 2012 zu 20 U 157/10, zitiert nach juris: hypoxe Hirnschädigung eines 4jährigen Kindes infolge eines Behandlungsfehlers) zuerkannt.

55

Diese Fälle bieten nur eine grobe Orientierungshilfe, da es immer auf die Umstände im Einzelfall ankommt (vgl. dazu OLG München, Urteil vom 24. September 2010 zu 10 U 2671/10, bei juris Rn. 17 m.w.N.).

56

Der Senat hat in seiner Entscheidung vom 27. August 2013 (s.o.) einem 49jährigen Mann, der infolge schwerer ärztlicher Fehler bei der Beatmung (Nichterkennen der Undurchlässigkeit einer Trachealkanüle) einen hypoxischen Hirnschaden erlitten hatte, ein Schmerzensgeld von 300.000,-€ zuerkannt. Schmerzensgeldmindernd ist vom Senat seinerzeit berücksichtigt worden, dass der Mann erheblich vorgeschädigt war. Er litt an einer schweren Lungenerkrankung, derentwegen er langzeitbeatmet werden musste, und war nahezu vollständig auf die pflegerische Hilfe anderer angewiesen war. Außerdem hatte man bei ihm eine schizophrene Psychose festgestellt. Berücksichtigt man, dass Herr B. vor dem Verkehrsunfall vom 21. April 2009 und dem Ereignis vom 23. April 2009 ein gesunder, selbstbestimmter Mann war, dessen Lebensqualität nicht durch erhebliche Vorerkrankungen beeinträchtigt war, erscheint hier ein höheres Schmerzensgeld gerechtfertigt. Der Senat hält einen Betrag von 350.000,-€ für angemessen.

57

Gegenüber dem hypoxischen Hirnschaden fallen die Verletzungen, die Herr B. unmittelbar durch den Verkehrsunfall erlitten und für die die Klägerin allein einzustehen hat (rechtsseitige Rippenserienfraktur mit beidseitiger Lungenkontusion und Riss-Quetschwunde am Unterschenkel), nicht ins Gewicht. Sie hätten bei isolierter Betrachtung allenfalls ein Schmerzensgeld in einer Größenordnung von 10.000,-€ bis 15.000,-€ gerechtfertigt. Ein Dauerschaden wäre nicht eingetreten. Der Sachverständige Prof. Dr. T. hat in seinem Gutachten ausgeführt, dass der Geschädigte ohne das Ereignis vom 23. April 2009 heute wahrscheinlich nicht mehr an den Folgen des Unfalls leiden würde.

58

Selbst bei Abzug eines ausschließlich auf die Klägerin entfallenden Anteils geht der immaterielle Schaden des Herrn B. daher deutlich über den mit der Klage geltend gemachten Betrag in Höhe von 265.000,-€ bzw. den gezahlten Betrag in Höhe von 275.000,-€ hinaus.

59

5.) Dem Feststellungsantrag hat das Landgericht zu Recht nur in Bezug auf das Geschehen vom 23. April 2009 und nicht in Bezug auf das Geschehen vom 22. April 2009 (zu 70 %) stattgegeben.

60

Der Sachverständige Prof. Dr. T. hat zwar einen (einfachen) Behandlungsfehler darin gesehen, dass die Ärzte der Beklagten nicht bereits am 22. April 2009 bei Herrn B. mit dem Weaning (Entwöhnen von der Beatmung) begonnen haben, jedoch keine Aussage darüber treffen können, ob dieser bei ordnungsgemäßem Vorgehen schon am 23. April 2009 extubiert gewesen wäre. Ein Weaning könne, so der Sachverständige, Stunden oder auch Tage dauern. Das sei von den Umständen im Einzelfall abhängig. Gegebenenfalls, bei Eintreten von Komplikationen, müsse ein Weaning auch wieder rückgängig gemacht werden.

61

Danach lässt sich nicht feststellen, dass Herr B. bei ordnungsgemäßem Vorgehen am 22. April 2009 am Folgetag bereits extubiert gewesen und es dann nicht zu dem Beatmungsnotfall gekommen wäre.

62

Mit einer weiteren Inanspruchnahme durch Herrn B. hat die Klägerin daher nur noch in Bezug auf die Behandlung vom 23. April 2009 zu rechnen, und das wegen des Abfindungsvergleichs vom 05. September 2011 auch nur noch hinsichtlich vermehrter Bedürfnisse des Herrn B. ab dem 22. Juli 2011.

63

6.) Der Zinsanspruch beruht auf den §§ 288 Abs. 1, 291 ZPO. Rechtshängig geworden ist der Klageantrag zu 1.) mit Zustellung des Schriftsatzes vom 08. November 2011.

64

7.) Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 92 Abs. 2 Nr. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO.