

OLG Braunschweig: Haftung für Dekubitus

Beschl. v. 7.10.2008 – 1 U 93/07, rkr.

1. Das Risiko des Auftretens von Druckgeschwüren gehört nicht zu einem Bereich, der von dem Träger eines Pflegeheimes oder eines Krankenhauses und dem dort tätigen Personal tatsächlich voll beherrscht werden kann (Anschluss an OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.6.2004 – 15 U 160/03, PflR 2005, 62); das gilt insbesondere dann, wenn der Patient wegen eines bereits bestehenden Druckgeschwürs stationär behandelt wird und dem – letztlich erfolgreich – behandelnden Krankenhauspersonal wegen zwischenzeitlicher Rückschläge ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird.

2. Die Beweislastumkehr erstreckt sich in den Fällen, in denen es um die Verwirklichung voll beherrschbarer Risiken geht, nur auf den Nachweis des Behandlungsfehlers, aber nicht auf den gesamten haftungsbegründenden Tatbestand. Auch im Bereich der Haftung für voll beherrschbare Risiken ist der Patient nicht davon befreit, den Kausalitätsnachweis zu führen.

3. In Arzthaftungsprozessen dürfen zwar an die Substantiierungspflicht des Kl. nur maßvolle und verständlich geringe Anforderungen gestellt und Lücken im Vortrag betreffend den medizinischen Sachverhalt nicht dem Kläger angelastet werden. Dies gilt aber nur solange, wie das typische Sachkundedefizit auf der Patientenseite bei der Einsicht in das Behandlungsgeschehen und der Erfassung, Beurteilung und Darstellung medizinischer Vorgänge nicht durch medizinische Aufklärung aufgehoben oder wenigstens gemindert ist (Anschluss an OLG Oldenburg, Urt. v. 17.11.1998 – 5 U 107/98, NJW-RR 1999, 1153).

4. Eine solche medizinische Aufklärung ist bei einer klagenden Krankenkasse vorhanden, die den gesamten Sachverhalt einschließlich der Krankenunterlagen durch ihren medizinischen Dienst mehrfach – vorgerichtlich und erstinstanzlich begleitend – gutachterlich ausgewertet hat. Ein auf identischer Erkenntnisgrundlage im Berufungsverfahren erstmalig erhobener Vorwurf eines weiteren Behandlungsfehlers ist präkludiert.

(LG Braunschweig – 4 O 1286/05)

Zum Sachverhalt:

Die Kl. verlangt von der Bekl. aus übergegangenem Recht Ersatz der Mehrkosten, die durch eine vermeintlich fehlerhafte Behandlung der bei der Kl. versicherten und inzwischen verstorbenen Frau G. entstanden sind.

Die damals 77-jährige Versicherte hatte sich seit dem 15.8.2001 in einem Pflegeheim aufgehalten. Sie litt unter einer Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes (schwerer Morbus Parkinson, Pneumonie, Herzinsuffizienz mit Lungenstauung, Harnwegsinfektion) und war mit einer Ernährungssonde und einem Blasenkatheter versehen. Am 1.5.2002 wurde sie bei der Bekl. aufgenommen. Grund dafür waren zwei Druckgeschwüre am Steiß und im Bereich des Oberschenkelrollhügels (Trochanter). Die stationäre Behandlung bei der Bekl., verlief – nach zwischenzeitlichen Rückschlägen – letztlich erfolgreich, so dass die Versicherte mit nur noch kleineren und bereits reizlos granulierten Defekten am 5.8.2002 wieder in ihr Seniorenstift entlassen werden konnte.

Die Kl. hat die ärztliche und pflegerische Behandlung durch die Bekl. für unzureichend erachtet. Sie hat die Auffassung vertreten, bei ausreichender Versorgung hätte ihre Versicherte bereits nach einer Woche wieder entlassen werden können. Den Kostenmehraufwand hat sie mit der Klage geltend gemacht, die das LG nach Einholung eines Sachverständigengutachtens und Vernehmung von Zeugen angewiesen hat. Ihre dagegen gerichtete Berufung hat die Kl. aufgrund des nachfolgenden Hinweisbeschlusses zurückgenommen.

Aus den Gründen:

I. Der Senat weist darauf hin, dass er beabsichtigt, die Berufung der Kl. durch Beschluss gemäß § 522 Abs. 2 ZPO zurückzuweisen, weil sie keine Aussicht auf Erfolg hat und auch die Voraussetzungen des § 522 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ZPO vorliegen.

Das angefochtene Urteil erweist sich auch unter Berücksichtigung der Ausführungen der Kl. in der Berufungsbegründung als zutreffend.

1. Die in der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum voll beherrschbaren Risiko können aus mehreren, voneinander unabhängigen Gründen der Berufung nicht zum Erfolg verhelfen.

a.) Das Risiko des Auftretens von Druckgeschwüren gehört nicht zu einem Bereich, der von dem Träger eines Pflegeheimes oder eines Krankenhauses und dem dort tätigen Personal tatsächlich voll beherrscht werden kann (OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.6.2004 – 15 U 160/03, PflR 2005, 62 ff., hier zit. nach juris, Rn. 48).

Aus den in der Berufungsbegründungsschrift angeführten Entscheidungen des Bundesgerichtshofs ergibt sich nichts anderes. Sie betreffen zum einen das Risiko, das sich aus dem Zusammenwirken mehrerer Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen bei einer Schieloperation ergeben kann (BGH, Urt. v. 16.3.1999 – VI ZR 34/98, NJW 1999, 1779), sowie das Risiko von Schäden durch unsachgemäße Lagerung auf dem Operationstisch (BGH, Urt. v. 24.1.1995 – VI ZR 60/94, NJW 1995, 1618; BGH, Urt. v. 24.1.1984 – VI ZR 203/82, VersR 1984, 386). Diesen wie den weiteren Fällen, in denen der BGH eine Beweislastumkehr annimmt, ist gemeinsam, dass der Patient durch eine konkrete Einzelmaßnahme oder einen per se gefährlichen Zustand im Organisationsbereich des Krankenhauses (z. B durch ein nicht funktionstüchtiges Narkosegerät, Verabreichung nicht steriler Infusionsflüssigkeit o. ä.) zu Schaden gekommen ist (vgl. OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.6.2004 – 15 U 160/03, PflR 2005, 62 ff., zit. nach juris, Rn. 48). Das ist mit der vorliegenden Konstellation nicht vergleichbar.

Wie überhaupt im Bereich der ärztlichen Pflichten, handelt es sich auch bei der Pflicht, die erforderlichen und zumutbaren Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren zu treffen, nicht um eine erfolgsbezogene Pflicht, da auch hier Vorgänge im lebenden Organismus in Frage stehen. Solche Vorgänge können nicht in ausnahmslos allen Fällen so beherrscht werden – wie auch gerade die im vorliegenden Fall vom Sachverständigen Dr. H. dargelegten Studien und Publikationen belegen –, dass bereits der ausbleibende Erfolg auf ein Verschulden bei der Behandlung bzw. Pflege des Betroffenen hindeutet (vgl. OLG Düsseldorf, Urt. v. 16.6.2004 – 15 U 160/03, PflR 2005, 62 ff., zit. nach juris, Rn. 48.). Das gilt im vorliegenden Fall noch in besonderem Maße, weil die Versicherte der Kl. wegen bereits bestehender Druckgeschwüre in das Krankenhaus der Bekl. eingeliefert wurde und letztlich auch erfolgreich behandelt worden ist.

Im Übrigen hat auch der BGH zur Haftung eines Krankenhausträgers betreffend Behandlungsfehler im Rahmen der Druckgeschwür-Prophylaxe keine schlechthin erfolgsbezogene Pflicht mit der Folge der Umkehrung der Beweislast beim Auftreten

eines Dekubitus-Geschwürs angenommen (vgl. BGH, Urt. v. 2.6.1987 – VI ZR 174/86, NJW 1988, 762).

b.) Unabhängig davon erstreckt sich die Beweislastumkehr in den Fällen, in denen es um die Verwirklichung voll beherrschbarer Risiken geht, nur auf den Nachweis des Behandlungsfehlers, aber nicht auf den gesamten haftungsbegründenden Tatbestand. Auch im Bereich der Haftung für voll beherrschbaren, Risiken ist der Patient nicht davon befreit, den Kausalitätsnachweis zu führen (Gehrlein, Grundriss der Arzthaftpflicht, 2. Auflage, Rz. 135 m.w.N.). Diesen Nachweis hat das LG rechtsfehlerfrei als nicht erbracht festgestellt. Auf die zutreffenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils wird Bezug genommen.

2. ...

3. Mit der erstmals im Berufungsverfahren aufgestellten Behauptung, bei der Versicherten der Kl. sei eine bereits am 7.5.2002 diagnostizierte Anämie nicht behandelt worden, kann die Kl. mangels Darlegung hinreichender Zulassungsvoraussetzungen des § 531 Abs. 2 Nr. 3 ZPO nicht mehr gehört werden. Die Zulassung dieses – hinsichtlich seiner tatsächlichen Grundlagen streitigen - neuen Behandlungsfehlervorwurfs kann nicht daraus abgeleitet werden, dass sich die Anämie und ihre Nichtbehandlung angeblich aus den Krankenunterlagen ergäben. Es ist – auch unter den besonderen Bedingungen des Arzthaftungsprozesses – nicht Aufgabe des Gerichts, selbstständig aus medizinischen Behandlungsunterlagen möglicherweise denkbare Behandlungsfehlervorwürfe zu entwickeln. Ein solches Vorgehen verstieße gegen den Parteibeibringungsgrundsatz und die richterliche Neutralitätspflicht. Entgegen der Auffassung der Kl. ist der neue Vorwurf einer nicht rechtzeitig behandelten Anämie auch nicht bereits von der Behauptung umfasst, die Mitarbeiter der Bekl. hätten die Behandlung der Versicherten der Kl. fehlerhaft verlängert. Die ggf. eingetretene Verlängerung wäre allenfalls die *Folge* ein Behandlungsfehlers, nicht aber der – konkret vorzutragende – Behandlungsfehler selbst.

Die Kl. kann die erstmalige Geltendmachung des neuen Behandlungsfehlervorwurfs auch nicht mit der Begründung entschuldigen (§ 531 Abs. 2 Nr. 3 ZPO), sie sei zwar eine Krankenkasse, aber nicht Sachverständige in Medizinrechtsfragen und müsse deshalb nicht wissen, dass auch ein Behandlungsfehler wegen der Nichtbehandlung der behaupteten Anämie bis zum 18.7.2002 vorgelegen habe. Selbst wenn man der

Kl. selbst grundsätzlich unzureichende medizinische Sachkenntnis zugestehen wollte, so ist dieser Umstand für den verspäteten Behandlungsfehlervorwurf jedenfalls nicht ursächlich geworden. In der der Berufungsbegründungsschrift beigefügten gutachterlichen Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vom 28.1.2008, S. 4, heißt es: *„Die nochmalige Durchsicht der Unterlagen ergab zudem einen neuen Aspekt. Im Erstgutachten wurde angesichts der vermeintlich eindeutigen Sachlage (in Bezug auf die mangelhafte Druckentlastung) nur flüchtig bemerkt, dass eine Anämie zwischenzeitlich behandelt wurde. Die erneute Analyse zeigt hier in Bezug auf Diagnostik und Therapie doch erhebliche Mängel.“*

Derselbe medizinische Dienst hat auf Seiten der Kl. das Verfahren bereits seit dem Jahre 2002 ständig begleitet und für die Kl. dieselben Behandlungsunterlagen ausgewertet wie nochmals für das Berufungsverfahren. Folglich bestand schon in erster Instanz für die Klägerin schon nicht (mehr) das für die Patientenseite typische Sachkundedefizit.

In Arzthaftungsprozessen dürfen zwar an die Substantiierungspflicht des Kl. nur maßvolle und verständlich geringe Anforderungen gestellt und Lücken im Vortrag betreffend den medizinischen Sachverhalt nicht dem Kl. angelastet werden. Dies gilt aber nur solange, wie das typische Sachkundedefizit auf der Patientenseite bei der Einsicht in das Behandlungsgeschehen und der Erfassung, Beurteilung und Darstellung medizinischer Vorgänge nicht durch medizinische Aufklärung aufgehoben oder wenigstens gemindert ist (OLG Oldenburg, Urt. v. 17.11.1998 – 5 U 107/98, NJW-RR 1999, 1153 [1154 m.w.N.]). Dies ist bei der Kl. schon in erster Instanz der Fall gewesen, weil ihr die für die Erhebung des jetzigen Vorwurfs einer unzureichend behandelten Anämie nötige Sachkunde und erforderlichen Erkenntnisse bereits seinerzeit zur Verfügung gestanden haben. Sie kann deshalb mit dem neuen Behandlungsfehlervorwurf im Berufungsverfahren nicht mehr gehört werden.