

LG Gießen 3. Zivilkammer, Urteil vom 30.09.2004, Aktenzeichen: 3 O 99/03

Orientierungssatz

1. Der Krankenhausträger hat gemäß § 831 BGB für pflichtwidriges Handeln des Pflegepersonals einer Kinderintensivstation, dessen er sich als Verrichtungsgehilfe bedient hat, haftungsrechtlich einzustehen.

2. Werden Neugeborene bzw. Frühgeborene auf der Kinderintensivstation mit einem Bakterium (hier: Klebsiella oxytoca) infiziert, weil das Pflegepersonal bei der Desinfektion der Infusionsflaschen regelmäßig gegen den Hygieneplan der Klinik und die anerkannten Hygienestandards verstößt, so haftet der Krankenhausträger für die bei den Kindern eingetretenen Folgen der Bakterieninfektion.

3. Ergibt sich bereits aus der erheblichen Anzahl von nachweislich auf Grund der fehlerhaften Desinfektion infizierten Kindern (insgesamt 28 Kinder innerhalb eines Zeitraums von 2 1/2 Jahre), dass für die Patienten der Intensivstation das allgemeine Risiko einer Infektion mit dem fraglichen Bakterium erheblich erhöht war, so ist zugunsten eines frühgeborenen Kindes, das infolge einer Infektion mit dem Bakterium erhebliche Gesundheitsschäden erlitten und keine Möglichkeiten hat, den Ursachlichkeitsbeweis zu führen, von einer Umkehr der Beweislast bezüglich der Kausalität der festgestellten Desinfektionsfehler für den eingetretenen Gesundheitsschaden auszugehen. Insoweit kommt es auf den Nachweis der Versäumnisse im Einzelfall nicht an (Anschluss BGH, 16. November 1970, VI ZR 83/69, NJW 1971, 241).

4. Maßgeblich für die Höhe des Schmerzensgeldes sind mangels weiterer Bemessungskriterien allein Art und Schwere der Schäden, unter denen das geschädigte Kind seit der Infektion leidet und auch in Zukunft immer leiden wird.

5. Hat die Bakterieninfektion bei dem Kind zu einem Multiorganversagen, Hirnblutung und Hydrozephalus geführt, und leidet das (nunmehr fünfjährige) Kind an einer mentalen Entwicklungsstörung und cerebralen Bewegungsstörung, kann nicht sprechen, ist blind und an allen vier Gliedmaßen (inkomplett) gelähmt, so ist ein Schmerzensgeldkapital von 250.000 Euro und eine monatliche Schmerzensgeldrente von 300 Euro sowie zusätzlich eine monatliche Rente von 500 Euro wegen vermehrter Bedürfnisse nach § 843 BGB angemessen.

Tenor

Das beklagte Klinikum zu 1) wird verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 250.000,- Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 26.02.2003 zuzüglich einer monatlichen Schmerzensgeldrente von 300,- Euro ab dem 26.02.2003, diese ebenfalls nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 26.02.2003 zu zahlen.

Das beklagte Klinikum zu 1) wird verurteilt, an die Klägerin eine weitere monatliche Geldrente in Höhe von 500,- Euro beginnend ab dem 26.02.2003 zu zahlen.

Es wird festgestellt, dass das beklagte Klinikum zu 1) verpflichtet ist, sämtliche zukünftige materiellen und immateriellen Schäden der Klägerin, die auf ihrer Behinderung beruhen, zu ersetzen, soweit der Anspruch nicht auf einen Sozialversicherungsträger oder Dritte übergegangen ist.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Von den Gerichtskosten und den außergerichtlichen Kosten der Klägerin haben die Klägerin 59 % und das beklagte Klinikum zu 1) 41 % zu tragen. Von den außergerichtlichen Kosten des beklagten Klinikums haben die Klägerin 17 % und das beklagte Klinikum 83 % zu tragen. Die außergerichtlichen Kosten des Beklagten zu 2) hat die Klägerin zu tragen.

Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des jeweils vollstreckbaren Betrages vorläufig vollstreckbar.

Tatbestand

Die Klägerin macht Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche wegen der Folgen einer Infektion mit dem Bakterium Klebsiella oxytoca geltend.

Die Mutter der Klägerin entband ... in der 32. Schwangerschaftswoche in der Frauenklinik des beklagten Klinikums. Die Entbindung erfolgte per Kaiserschnitt. Aufgrund der frühen Geburt wurde die Klägerin auf die pädiatrische Intensivstation ... des beklagten Klinikums verlegt.

Der Beklagte zu 2) ... es beklagten Klinikums und in dieser Eigenschaft Beamter auf Lebenszeit.

Nach der Verlegung auf die Intensivstation traten bei der Klägerin ab der 36. Lebensstunde Komplikationen auf. Die Klägerin erlitt eine Klebsiella-oxytoca-Sepsis, Multiorganversagen, Hirnblutung und Hydrozephalus. Die Behandlung auf der Station ... dauerte bis zum 21.01.1998. Nachfolgend wurde die Klägerin weitere 8 Wochen auf der Kinderstation ... des beklagten Klinikums behandelt. Es folgten weitere zahlreiche Krankenhausaufenthalte im beklagten Klinikum, dem Universitätskli-

nikum ... und dem Kinderzentrum ... Wegen der Einzelheiten des Krankheitsverlaufs der Klägerin wird auf die Klageschrift vom 10.02.2003 (Bl. 3 ? 4 d. A.), den Schriftsatz des beklagten Klinikums vom 29.04.2003 (Bl. 45 ? 47 d. A.) und die Krankenunterlagen der Klägerin (Anlage zu Bl. 171 d. A.) Bezug genommen.

Die Klägerin weist eine mentale Entwicklungsstörung und eine cerebrale Bewegungsstörung auf. Im Alter von 5 Jahren entsprach ihr Entwicklungsstand dem eines 3 Monate alten Kindes. Sie ist nicht in der Lage zu sprechen, lediglich ein Lautieren ist möglich. Die Klägerin ist blind und leidet unter inkompletten Lähmungen aller vier Gliedmaßen. Es ist unwahrscheinlich, dass die Klägerin jemals laufen können wird. Aufgrund der mentalen Retardierung wird die Klägerin keine eigene Persönlichkeit aufbauen können.

Durch die Behinderung entstehen dauerhaft vermehrte Bedürfnisse, insbesondere Fahrtkosten zu Therapien und Heilbehandlungen sowie Zuzahlungen für Hilfsmittel wie spezielle Autositze. Zudem arbeitet die Mutter der Klägerin nur noch in Teilzeit, um die Klägerin pflegen zu können.

Im Zeitpunkt des Aufenthalts der Klägerin auf der Intensivstation ... sowie in der Zeit davor und danach wurden die Infusionen für die Patienten an einer sterilen Werkbank, der Laminar-Air-Flow-Box (Laminar), vorbereitet. Die Desinfektion des Laminars erfolgte mittels einer in einem Plastik-eimer befindlichen Wisch-Desinfektionslösung. Als Desinfektionsmittel kam das Produkt Minutil , seit 1996 in 0,25 %-iger Konzentration, zuvor in 0,5 %-iger Konzentration, zum Einsatz.

Bei einer Begehung durch Mitarbeiter des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin wurde beobachtet, dass die Zubereitung der Infusionsflaschen für die Säuglinge im Laminar nicht immer in der vorgeschriebenen Weise erfolgte. So wurde am 28.05.1999 festgestellt, dass eine Pflegekraft den Einstichgummi der Infusionsflasche mit einem Lappen aus dem Desinfektionsmitteleimer abgewischt hat. In einem anderen Fall wurde beobachtet, dass eine Infusionsflasche in den Eimer mit der Minutillösung getaucht wurde.

Richtigerweise und entsprechend dem Hygieneplan des beklagten Klinikums hätten die Verschlussstopfen der Infusionsflaschen mit einer alkoholischen Desinfektionslösung besprüht werden müssen. Keinesfalls hätten die Infusionsflaschen mit der Desinfektionslösung aus dem Eimer in Berührung kommen dürfen.

Im Zeitraum zwischen Oktober 1996 und März 1999 kam es auf der Station ... in mindestens 28 Fällen zu Infektionen mit Klebsiella oxytoca.

Bereits im Frühjahr 1999 waren bei Kontrolluntersuchungen drei im Laminar der Intensivstation hergestellte Infusionslösungen festgestellt worden, die mit Klebsiella oxytoca infiziert waren. Am 18.05.1999 gelang dem Institut für Mikrobiologie des beklagten Klinikums der Nachweis, dass das Bakterium in einer 0,25 %-igen Minutil Desinfektionslösung wider alle Erwartung und entgegen dem damaligen Kenntnisstand vermehrungsfähig ist. Nach Sicherung des genetischen Fingerabdrucks des in der Desinfektionslösung gefundenen Bakteriums wurde die Konzentration des verwendeten Desinfektionsmittels von 0,25 % auf 0,5 % heraufgesetzt. Die Herabsetzung der Konzentration von 0,5 % auf 0,25 % war 1996 vorgenommen worden, um die chemische Belastung der Klinikmitarbeiter zu verringern.

Bei Untersuchungen im beklagten Klinikum wurde festgestellt, dass die Bakterien, die in den Blutkulturen infizierter Kinder gefunden wurden, mit den Bakterien aus dem Plastikeimer genetisch identisch sind.

Am 22. Juli 2000 erschien in der medizinischen Fachzeitschrift ... ein Artikel eines Mitarbeiters des beklagten Klinikums, ... welcher über die aufgetretenen Infektionen und die Verbreitung des Bakteriums in der Desinfektionslösung berichtete. Wegen des genauen Inhalts des Artikels wird auf die vom Autor des Artikels herrührende deutsche Übersetzung (Bl. 71 ff. d. A.) verwiesen.

Die Klägerin behauptet, sie sei, abgesehen von der Frühgeburt, als gesundes Kind zur Welt gekommen. Die Infektion mit Klebsiella oxytoca sei auf eine falsche Desinfektion der Infusionsflaschen, mit denen die Klägerin versorgt worden war, zurückzuführen. Die Infusionsflaschen seien mit der infizierten Desinfektionslösung aus dem Eimer in Berührung gekommen, sodass sich die infizierte Lösung auf den Verschlussstopfen gesammelt hätte und die Bakterien beim späteren Durchstechen des Verschlussstopfens in die Infusionslösung gelangt seien. Die fehlerhaften Desinfektionstechniken seien von vielen Pflegekräften über einen langen Zeitraum angewendet worden.

Hingegen sei eine Infektion mit Klebsiella oxytoca während der Geburt auszuschließen. Die Bakterien, mit denen die Klägerin infiziert worden ist, seien genetisch identisch mit den Bakterien, die im

Eimer mit der Desinfektionslösung festgestellt worden sind. Dies gehe aus der Veröffentlichung von ... in der Zeitschrift ... vom 22.07.2000 hervor.

Weiterhin behauptet die Klägerin, die letztlich eingetretenen Krankheiten seien auf die Infektion mit *Klebsiella oxytoca* zurückzuführen.

Die Klägerin meint, die Anwendung der falschen Desinfektionsmethode durch das Pflegepersonal müsse zu einer Umkehrung der Beweislast hinsichtlich des Kausalitätsnachweises der Infektion führen. Das beklagte Klinikum müsse nachweisen, dass die Infektion nicht auf eine falsche Desinfektion der Infusionsflaschen zurückzuführen sei.

Des Weiteren ist die Klägerin der Ansicht, der Beklagte zu 2) müsse als zuständiger Krankenhaushygieniker für die entstandenen Schäden haften, da er seine Aufgaben nicht gemäß den Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Bundesgesundheitsamtes von 1991 wahrgenommen habe. Der Beklagte zu 2) habe es versäumt, trotz der im Zeitraum vor 1999 aufgetretenen *Klebsiella oxytoca* Infektionen regelmäßige Kontroll- und Untersuchungsmaßnahmen einzuleiten.

Zudem bestehe eine Haftung beider Beklagter aus §§ 823 Abs. 2, 31, 89 BGB i. V. m. § 8 BSeuchG. Die Beklagten hätten es versäumt, die bereits im März 1997 gehäuft aufgetretenen Infektionen an die zuständigen Behörden zu melden und geeignete Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, mindestens jedoch 300.000,? Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit,

zuzüglich einer monatlichen Schmerzensgeldrente von 500,? Euro ab Rechtshängigkeit, diese ebenfalls nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit,

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, eine weitere monatliche Geldrente von 500,? Euro beginnend ab Rechtshängigkeit zu zahlen,

festzustellen, dass die Beklagten verpflichtet sind, sämtliche zukünftige materiellen und immateriellen Schäden der Klägerin, die auf ihrer Behinderung beruhen, zu ersetzen, soweit der Anspruch nicht auf einen Sozialversicherungsträger oder Dritte übergegangen ist.

Die Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagten tragen übereinstimmend vor, das frühe Auftreten der Infektionsanzeichen bereits in der 30. Lebensstunde spreche für einen körpereigenen Ursprung der Infektion und schließe eine exogene Ursache aus.

Darüber hinaus meint das beklagte Klinikum, § 8 BSeuchG sei kein Schutzgesetz im Sinne von § 823 BGB, da diese Regelung lediglich die Einhaltung öffentlichrechtlicher Vorschriften sicherstellen, aber keine Schadensersatzansprüche auslösen solle.

Der Beklagte zu 2) trägt vor, er sei im Zeitraum zwischen 1996 und 1998 nur zwei- bis dreimal über Infektionen unterrichtet worden. Er sei daraufhin stets den Ursachen nachgegangen.

Eine Verpflichtung zur Meldung der Infektionsfälle an die zuständige Behörde nach § 8 BSeuchG habe nicht ihn, sondern den behandelnden Arzt getroffen. Folglich könne er auch nicht wegen einer unterbliebenen Meldung auf Schadensersatz in Anspruch genommen werden.

Im Übrigen sei er als Beamter von der Haftung gem. § 839 Abs. 1 S. 2 BGB befreit, wenn das beklagte Klinikum von der Klägerin in Anspruch genommen werden könne.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen ... sowie durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens und dessen mündliche Erläuterung durch den Sachverständigen. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsprotokolle vom 26.11.2003 (Bl. 126 d. A.) und 18.08.2004 (Bl. 205 ff. d. A.) und das Gutachten des Sachverständigen ... vom 30.03.2004 (Bl. 172 ff. d. A.) verwiesen.

Die Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Gießen ? ... ? war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

zum Seitenanfang

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig und gegen das beklagte Klinikum in weitem Umfang begründet. Gegen den Beklagten zu 2) ist die Klage hingegen unbegründet.

Auf das Schuldverhältnis der Parteien finden die vor dem 01.01.2002 geltenden Vorschriften des BGB Anwendung, Art. 229 § 5 EGBGB.

Die Klägerin besitzt gegen das beklagte Klinikum einen Anspruch auf Schmerzensgeld in Höhe von 250.000,- Euro gem. §§ 831, 847 BGB.

Das beklagte Klinikum muss gem. § 831 Abs. 1 BGB für die Handlungen des Pflegepersonals der Kinderintensivstation ... derer es sich als Verrichtungsgehilfen bedient hat, haftungsrechtlich einstehen. Das Gericht ist davon überzeugt, dass Angehörige des Pflegepersonals der Station entgegen dem Hygieneplan des beklagten Klinikums und entgegen anerkannter Hygienestandards die für die Patienten der Station zubereiteten Infusionsflaschen nicht durchgängig mit einem alkoholischen Desinfektionsmittel besprüht, sondern jedenfalls teilweise in den für die Desinfektion des Laminars vorgesehenen Eimer mit Desinfektionsmittel getaucht bzw. mit der im Eimer befindlichen Desinfektionslösung abgewischt haben. Diese Vorgehensweise ist auch in dem Zeitraum, in dem sich die Klägerin mit dem Bakterium *Klebsiella oxytoca* infiziert hat, praktiziert worden.

Die Überzeugung des Gerichts beruht maßgeblich auf dem Ergebnis der Vernehmung der Zeuginnen ... und ... Die Zeugin ... - hat angegeben, sie habe zwischen September 1996 und September 2001 auf der Kinderintensivstation gearbeitet. Im Laminar habe sie die Infusionsflaschen stets mit Softasept eingesprüht. Sie wisse jedoch, dass Kolleginnen die Flaschen mit einem Tuch abgewischt oder in die Desinfektionslösung eingetaucht hätten. Zwar könne sie sich nicht erinnern, selbst gesehen zu haben, dass Kollegen in dieser Art und Weise desinfiziert haben. Es sei jedoch im Kollegenkreis darüber gesprochen worden.

Diese Aussage korrespondiert mit den Angaben, die die Zeugin bei ihrer polizeilichen Vernehmung gemacht hat: Bei einer Stationsbesprechung habe Schwester ... d. h. die Zeugin ... in die Runde gefragt, wie desinfiziert werde. Dabei sei festgestellt worden, dass "der eine mit der Wischlösung der andere mit Softasept desinfiziert".

Dies war der Zeugin nach Vorhalt auch in ihrer gerichtlichen Vernehmung noch rememberlich. Klarstellend hat die Zeugin ... hinzugefügt, dass entweder gewischt bzw. getaucht oder gesprüht worden sei. Dass nach dem Wischen zusätzlich der Konus der Infusionsflaschen besprüht worden sei, habe sie weder selbst gesehen, noch sei darüber gesprochen worden.

Gestützt wird die Aussage der Zeugin ... durch die Aussage der Zeugin ... Auch die Zeugin ... hat angegeben, dass auf der Station sowohl die Wisch- bzw. Tauchmethode als auch die Sprühmethode angewendet worden seien. Zwar habe sie nicht gesehen, dass eine Kollegin getaucht oder gewischt habe. Bei einer Stationsbesprechung sei jedoch festgestellt worden, dass beide Methoden angewendet würden. Dies habe sie auch nicht gewundert, da der Vertreter des Herstellers der Laminar-Air-Flow-Box bei einer Einweisung, die 1993 auf der Station ... stattgefunden habe, beide Methoden vorgestellt habe. Sie habe allerdings nicht gesehen oder davon gehört, dass jemand nach dem Abwischen oder Eintauchen den Konus zusätzlich mit Softasept eingesprüht habe.

Hingegen hat die Zeugin ... bei ihrer Vernehmung angegeben, dass sie vermute, dass diejenigen Mitarbeiter, die die Infusionsflaschen abgewischt oder eingetaucht haben, zusätzlich den Konus mit Alkohol eingesprüht haben. Sie habe zwar die Mitarbeiter niemals hierbei gesehen. Das Einsprühen mit Alkohol gehöre jedoch zur Tauch-Wisch-Methode dazu.

In ähnlicher Weise haben sich die Zeuginnen ... und ... geäußert. Da beide ihre Informationen nach eigenen Angaben von der Zeugin ... erhalten haben, lässt sich aus ihren Aussagen allerdings nichts ableiten.

Dass der Konus bzw. der Verschlussstopfen der Infusionsflaschen, nachdem die Flaschen abgewischt oder eingetaucht worden sind, zusätzlich abgesprüht worden ist, hat die Zeugin ... lediglich vermutet. Sie hat dies weder selbst gesehen, noch hat sie angegeben, dass ihr ein zusätzliches Besprühen von ihren Mitarbeitern berichtet worden sei. Ihre Aussage steht deshalb in Übereinstimmung mit den Angaben der Zeuginnen ... und ...

Durch das Eintauchen bzw. Abwischen der Infusionsflaschen sind mindestens 10 Kinder mit *Klebsiella oxytoca* infiziert worden. Wie der Zeuge ... in seiner Vernehmung angegeben hat, sind im Blut von 10 oder 11 Kindern Bakterien gefunden worden, die genetisch mit den Bakterien im Putzeimer identisch waren. Da in drei Fällen auch Infusionslösungen gefunden worden sind, die mit *Klebsiella oxytoca* infiziert waren, kann die Infektion nur über die Infusionen und somit über das

Eintauchen in die Desinfektionslösung bzw. das Abwischen mit der Desinfektionslösung erfolgt sein. Soweit der Beklagte zu 2) mit Schriftsatz vom 24.09.2004 bestreitet, dass bei drei Infusionslösungen Keime gefunden worden sind, ist dieser nach Schluss der mündlichen Verhandlung erfolgte Vortrag gem. § 296 a ZPO unbeachtlich.

Ob allerdings auch im Fall der Klägerin die Infusionsflaschen mit der Desinfektionslösung aus dem Putzeimer in Berührung gekommen ist, wie dies die Klägerin behauptet, ist offen. Die Klägerin konnte hierfür keinen geeigneten Beweis anbieten, da nicht mehr nachvollziehbar ist, welcher Mitarbeiter der Intensivstation die Infusionen für die Klägerin zubereitet hat.

Entgegen der Ansicht der Klägerin ist der Rückschluss von der bei ihr festgestellten Infektion auf die Anwendung der Tauch-Wisch-Methode nicht zulässig. Die Klägerin hat nicht beweisen können, dass die Bakterien, die in ihrem Blut nachgewiesen worden sind, genetisch mit den Bakterien im Putzeimer identisch waren. Wie der Zeuge ... in seiner Vernehmung angegeben hat, seien bei der von ihm durchgeführten Untersuchung keine Isolate des Blutes der Klägerin mehr vorhanden gewesen. Deshalb habe eine genetische Spezifizierung der Bakterien auch nicht mehr erfolgen können. Es hätten lediglich die Befunde früherer Untersuchungen vorgelegen.

Allerdings ist die Klägerin von der Führung des Beweises der Kausalität zwischen der Anwendung der Tauch-Wisch-Methode und dem Eintritt der Infektion entlastet. Zugunsten der Klägerin ist von einer Umkehr der Beweislast auszugehen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung, der sich die Kammer anschließt, kann es nach Lage der Umstände, vor allem angesichts des Grades der vom Krankenhausträger verschuldeten Erhöhung einer unvermeidlichen, aber erheblich geringeren Gefahr, die Billigkeit erfordern, dass dem Patienten die Last des meist aussichtslosen positiven Ursächlichkeitsbeweises abgenommen wird, sodass der verantwortliche Krankenhausträger die Nichtursächlichkeit der festgestellten Fehler beweisen muss, die allgemein als geeignet anzusehen sind, die Infektionsgefahr zu erhöhen (BGH NJW 1971, 241 (243)). So liegt nach Ansicht der Kammer die Sache hier. Durch die Anwendung der Tauch-Wisch-Methode hat sich für die Patienten der Kinderintensivstation das allgemeine Risiko einer Infektion mit *Klebsiella oxytoca* erheblich erhöht. Dies ergibt sich allein aus der erheblichen Anzahl von 10 nachweislich auf diesem Übertragungsweg sowie von 28 allgemein mit diesem Bakterium infizierten Kindern innerhalb eines Zeitraums 2 ½ Jahren. Dass diese Zahlen spätestens Anfang 1999 auch vom beklagten Klinikum als außergewöhnlich angesehen worden sind, zeigt die Tatsache, dass ab diesem Zeitpunkt intensiv nach der Infektionsquelle geforscht worden ist. Auf die Frage, ob die Zahlen nach statistischen Grundsätzen signifikant waren, kommt es deshalb nicht an.

Das beklagte Klinikum kann sich nicht mit Erfolg darauf berufen, dass gerade die die Klägerin betreffenden Fehlleistungen des Pflegepersonals nicht mehr feststellbar sind. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung, der sich die Kammer auch insoweit anschließt, kommt es auf die Versäumnisse im Einzelfall nicht an. Maßgeblich ist vielmehr eine zusammenfassende Betrachtung aller dem Krankenhausträger anzulastenden Umstände, die die Infektionsgefahr allgemein erhöht haben (BGH a. a. O.). Schließlich ist bei der gebotenen Billigkeitsabwägung zu berücksichtigen, dass es der Klägerin nicht möglich ist, den Ursächlichkeitsbeweis durch genetische Analyse der in ihrem Blut festgestellten Erreger zu führen, da die Blutproben der Klägerin vom beklagten Klinikum nicht aufbewahrt worden sind. Eine andere Nachweismöglichkeit besteht ersichtlich nicht, da das Antibiogramm der Bakterien keine sicheren Rückschlüsse auf eine genetische Identität und damit auf einen gleichen Ursprung zulässt. Hiervon ist die Kammer aufgrund der Angaben des sachverständigen Zeugen ..., der diese Untersuchungen vorgenommen hat, überzeugt.

Das beklagte Klinikum hat seine Behauptung, die Infektion der Klägerin sei höchstwahrscheinlich auf eine körpereigene Infektion zurückzuführen, nicht beweisen können. Der Sachverständige ... hat in seinem schriftlichen Gutachten vielmehr ausgeführt, dass nach seiner Auffassung angesichts des Krankheitsverlaufs eine körpereigene Infektion - etwa unter der Geburt - mit höchster Wahrscheinlichkeit ausscheide. Aus der Tatsache, dass die Infektion relativ rasch nach der Geburt aufgetreten und einen äußerst schweren Verlauf genommen hat, schließt der Sachverständige, dass der Klägerin vergleichsweise große Erregermengen zugeführt worden sein müssen. Da jedoch keine offensichtlichen Schleimhautverletzungen oder andere Verletzungen festgestellt worden sind, sei der Weg über eine Infusion der wahrscheinlichste. Dieser Einschätzung des Sachverständigen schließt sich die Kammer vollumfänglich an.

Der Sachverständige hat sämtliche Einwendungen des beklagten Klinikums gegen das schriftliche Gutachten in der mündlichen Verhandlung ausräumen können. Er hat insbesondere zu den diver-

sen unspezifischen Infektionsanzeichen und deren Aussagekraft Stellung genommen. Die Voraussetzungen des § 412 Abs. 1 ZPO für die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens zum Beweis der Behauptung des beklagten Klinikums zu einer körpereigenen Infektion lagen mithin nicht vor.

Zur Überzeugung des Gerichts steht aufgrund des Sachverständigengutachtens auch fest, dass die Krankheiten, unter denen die Klägerin gelitten hat und z. T. bis heute leidet, auf die Infektion mit *Klebsiella oxytoca* zurückzuführen sind. Der Sachverständige ... hat seine diesbezügliche Auffassung nachvollziehbar und widerspruchsfrei begründet, sodass sich die Kammer seinen Feststellungen vollumfänglich anschließt. Das beklagte Klinikum hat insoweit keine Einwendungen gegen das Sachverständigengutachten erhoben.

Den nach § 831 Abs. 1 S. 2 BGB zulässigen Entlastungsbeweis hat das beklagte Klinikum nicht geführt.

Unter Berücksichtigung aller Funktionen des Schmerzensgeldes ist ein Schmerzensgeldkapitalbetrag in Höhe von 250.000,- Euro zuzüglich einer monatlichen Schmerzensgeldrente in Höhe von 300,- Euro erforderlich, aber auch ausreichend, um eine billige Entschädigung der Klägerin in Geld zu erzielen.

Maßgeblich für die Höhe des Schmerzensgeldes sind mangels weiterer Bemessungskriterien allein Art und Schwere der Schäden, unter denen die Klägerin seit der Infektion leidet und auch in Zukunft immer leiden wird. Durch die Erblindung sowie die nur rudimentär vorhandene Fähigkeit zur verbalen Kommunikation besitzt die Klägerin dauerhaft nur stark eingeschränkte Erfahrungsmöglichkeiten. Ob sie jemals eine eigenständige Persönlichkeit entwickeln wird, ist mehr als fraglich. Da sie ständig und bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen ist, wird sie auch niemals eine eigene, intime Sphäre aufbauen können. Wesentliche Lebensbereiche werden der Klägerin immer verschlossen bleiben.

Aufgrund der schweren körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen, insbesondere dem totalen Verlust des Augenlichts und der schweren Einschränkung des Bewegungsapparats genügt die Zuerkennung eines Schmerzensgeldkapitalbetrages allein nicht, um einen billigen Ausgleich in Geld zu schaffen (vgl. BGH v. 4. Juni 1996, Az: VI ZR 227/94, m. w. Nw.; BGH NJW 1994, 1592 ff.). Um der Dauerhaftigkeit der schweren Schäden Rechnung zu tragen, ist eine monatlich zu zahlende Schmerzensgeldrente erforderlich. Unter Berücksichtigung der bisherigen Kammerrechtsprechung sowie der Rechtsprechung der Obergerichte in vergleichbaren Fällen bemisst die Kammer die Höhe des Kapitalbetrages mit 250.000,- Euro und die Höhe der monatlichen Rente mit 300,- Euro (vgl. OLG Schleswig VersR 1994, 310 ff.; OLG Naumburg NJW-RR 2002, 672 ff.). Bei Kapitalisierung der Schmerzensgeldrente ergibt sich bei einem Zinssatz von 5 % ein Kapitalisierungsfaktor von 19,627. Hieraus errechnet sich bei einem Jahreswert von 3.600,- Euro ein kapitalisierter Schmerzensgeldbetrag von 70.657,20 Euro und ein Gesamtschmerzensgeldbetrag von 320.657,20 Euro. Dieser Betrag erscheint der Kammer unter Berücksichtigung der vorstehenden Erwägungen angemessen.

Der geltend gemachte Zinsanspruch ist aus §§ 291, 288 BGB gerechtfertigt.

Weiterhin besitzt die Klägerin gegen das beklagte Klinikum einen Anspruch auf eine monatliche Rente in Höhe von 500,- Euro wegen vermehrter Bedürfnisse gem. §§ 831, 843 BGB. Zwischen den Parteien ist unstreitig, dass die Klägerin aufgrund der bestehenden körperlichen und geistigen Behinderung vermehrte Bedürfnisse i. S. dieser Vorschrift hat. Das Gericht schätzt die Höhe der Rente, die zum Ausgleich der Bedürfnismehrung unter den gegenwärtigen Umständen erforderlich ist, auf 500,- Euro monatlich.

Die von der Klägerin begehrte Feststellung einer Ersatzpflicht des beklagten Klinikums für künftige Schäden ist ebenfalls begründet. Aufgrund des erheblichen, schweren Krankheitsbildes besteht kein Zweifel, dass auch in Zukunft mit dauerhaften materiellen und immateriellen Schäden zu rechnen ist.

Hingegen besitzt die Klägerin keinen Anspruch gegen den Beklagten zu 2).

Da der Beklagte zu 2) bei den ihm von der Klägerin vorgeworfenen Pflichtverletzungen in seiner Eigenschaft als Beamter gehandelt hat, richtet sich die Haftung des Beklagten zu 2) ausschließlich nach § 839 BGB. Eine Haftung nach § 823 Abs. 1 u. 2 BGB kommt daneben nicht in Betracht (vgl. Palandt, BGB, 63. Aufl., § 839 BGB Rdnr. 1).

Ein Anspruch nach § 839 BGB besteht jedoch nicht.

Dabei kann dahinstehen, ob der Beklagte zu 2) tatsächlich die ihm obliegenden Pflichten verletzt hat und die Infektion der Klägerin auf die Pflichtverletzung zurückzuführen ist. Eine Haftung des Beklagten zu 2) scheidet gem. § 839 Abs. 1 S. 2 BGB bereits deshalb aus, weil die Klägerin durch Inanspruchnahme des beklagten Klinikums anderweitig Ersatz erlangen kann.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 92 Abs. 1 ZPO.

Der Ausspruch zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf § 709 ZPO.