

Arzthaftung

Ärztliche Risikoauflklärung muss nicht Vorgaben des Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA) beachten (mit Anmerkung von Dr. Thorsten Süß)

BGB § 630e

*** Die Beschreibung von Wahrscheinlichkeiten, mit denen Komplikationen nach einem Heileingriff zu erwarten sind, muss sich im ärztlichen Aufklärungsgespräch nicht an den definitorischen Vorgaben des Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA) orientieren, welche in Packungsbeilagen von Medikamenten Verwendung finden. ***

OLG Frankfurt/M., Urteil vom 20. 2. 2018 (8 U 78/16)

– nicht rechtskräftig –

Der Kl. verlangt von der Bekl. Schmerzensgeld wegen einer nach seiner Behauptung fehlerhaft und ohne die erforderliche Aufklärung vorgenommenen ärztlichen Behandlung in der Klinik der Bekl. Darüber hinaus begehrt er die Feststellung der Einstandspflicht der Bekl. für sämtliche materiellen Schäden aus dieser Behandlung.

Der Kl. wurde am 24. 11. 2011 bei medialer Gonarthrose im Krankenhaus der Bekl. am rechten Bein operiert. Er hatte bei der Aufnahme in das Krankenhaus über progrediente Schmerzen des rechten Kniegelenks seit ca. 18 Monaten bei Belastung geklagt. Die schmerzfreie Gehstrecke war deutlich gemindert.

Die für die Bekl. tätigen Ärzte stellten die Indikation zur endoprothetischen Versorgung. Der Kl. wurde mündlich aufgeklärt und es lag eine schriftliche Einverständniserklärung zur Operation vor. Die Aufklärung erfolgte anhand eines Aufklärungsbogens.

Am 7. 11. 2013 – also knapp zwei Jahre später – stellte sich der Kl. ambulant in der Sprechstunde der Bekl. vor und berichtete über zunehmende Belastungsschmerzen des rechten Kniegelenks, die seit ca. sechs Monaten mit zunehmender Tendenz bestünden. Szintigrafisch ergab sich der Verdacht auf eine Lockerung des Implantats. Der Kl. wurde in der Klinik der Bekl. zur Revision bzw. einem Wechsel der Prothese aufgenommen. Es wurde im Rahmen einer Operation die Lockerung der Prothese festgestellt, diese ausgebaut und ein temporärer Platzhalter eingebracht. Am 16. 12. 2013 erfolgte sodann die Implantation einer neuen Schlittenprothese vom Typ „A“.

Der Kl. behauptet, die Operation im Jahr 2011 sei fehlerhaft vorgenommen und die damalige Schlittenprothese sei fehlerhaft eingesetzt worden. Überdies sei die Aufklärung gemäß dem Aufklärungsbogen nicht hinreichend konkret gewesen.

Das LG hat die Klage abgewiesen.

Die Berufung des Kl. hatte keinen Erfolg.

Aus den Gründen:

Die Bekl. ist nicht verpflichtet, dem Kl. wegen etwaig fehlerhafter Heilbehandlung und/oder wegen einer etwaigen Verletzung von Aufklärungspflichten Schmerzensgeld zu zahlen.

a) Dem Kl. ist nicht zur Überzeugung des Senats (§§ 525 S. 1, 286 Abs. 1 ZPO) der Nachweis gelungen, dass den für die Bekl. tätigen Ärzten ein Behandlungsfehler unterlaufen ist. ...

b) Auch unter dem Gesichtspunkt einer möglicherweise unzureichenden Aufklärung stehen dem Kl. keine Schmerzensgeldansprüche zu. Die Einwilligung des Kl. in den Eingriff ist hier nicht in Ermangelung einer ordnungsgemäßen Aufklärung unwirksam gewesen.

Da ein Heileingriff erst durch die Einwilligung gerechtfertigt wird und diese eine ausreichende Aufklärung voraussetzt, muss im Arzthaftungsprozess grundsätzlich der Arzt darlegen und gege-

benenfalls beweisen, dass er den Patienten in genügendem Maß über die Risiken des Eingriffs informiert hat (vgl. etwa BGH vom 15. 3. 2005 – VI ZR 289/03 – NJW 2005, 1716 [1717]). Allerdings ist der Arzt nicht gehalten, von vornherein zu jeglichem erdenklichen Risiko als aufgeklärt vorzutragen (vgl. etwa Senat vom 17. 5. 2016 – 8 U 125/14 –; vom 29. 11. 2016 – 8 U 143/13 – juris).

Dem Patienten muss im Rahmen der Eingriffsaufklärung jedenfalls eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren vermittelt werden. Er muss „im Großen und Ganzen“ wissen, worin er einwilligt. Dazu muss er über die Art des Eingriffs und seine nicht ganz außerhalb der Wahrscheinlichkeit liegenden Risiken informiert werden, soweit diese sich für einen medizinischen Laien aus der Art des Eingriffs nicht ohnehin ergeben und für seine Entschließung von Bedeutung sein können. Dies bedeutet nicht, dass die Risiken in allen erdenkbaren Erscheinungsformen aufgezählt werden müssen. Dem Patienten muss lediglich eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs und den spezifisch mit ihm verbundenen Risiken vermittelt werden, ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern (vgl. BGH vom 18. 11. 2008 – VI ZR 198/07 – VersR 2009, 257 = NJW 2009, 1209 [1210]; vom 14. 3. 2006 – VI ZR 279/04 – VersR 2006, 838 = NJW 2006, 2108 [2109 f.]; Senat vom 30. 3. 2012 – 8 U 89/11 – juris; vom 29. 11. 2016 – 8 U 143/13 – juris).

An den dem Arzt obliegenden Beweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung dürfen allerdings keine übertriebenen Anforderungen gestellt werden (vgl. BGH vom 12. 11. 1991 – VI ZR 369/90 – VersR 1992, 237 = NJW 1992, 741 [742]). Schließlich führen Ärzte in aller Regel eine kaum überschaubare Vielzahl von Informations- und Aufklärungsgesprächen, sodass kaum zu erwarten ist, dass sie sich an jedes konkrete Aufklärungsgespräch erinnern (Ort, Umstände, genauer Inhalt).

Das Gericht darf daher seine Überzeugungsbildung gem. § 286 ZPO auf die Angaben des Arztes über eine erfolgte Risikoauflklärung stützen, wenn seine Darstellung in sich schlüssig und „einiger“ Beweis für ein Aufklärungsgespräch erbracht ist. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt erklärt, ihm sei das strittige Aufklärungsgespräch nicht im Gedächtnis geblieben. Einen wesentlichen Anhaltspunkt für die Tatsache, dass ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, gibt dabei das von dem Arzt und dem Patienten unterzeichnete Formular, mit dem der Patient sein Einverständnis zu dem ärztlichen Eingriff gegeben hat. Ein unterzeichnetes Einwilligungsfomular ist dabei sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht ein Indiz für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs (vgl. BGH vom 28. 1. 2014 – VI ZR 143/13 – VersR 2014, 588 = NJW 2014, 1527 [1527 f.]).

Nach diesen Maßstäben ist der Senat davon überzeugt, dass der Kl. hier ordnungsgemäß durch den Zeugen aufgeklärt worden ist. ...

Der Zeuge hat die Risiken der Operation auch nicht etwa heruntergespielt. Ein solches Herunterspielen von Operationsrisiken kann hier auch nicht darin gesehen werden, dass in dem Aufklärungsbogen die Rede davon ist, es könne im Lauf der Zeit „gelegentlich“ zu einer Lockerung kommen.

Die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Lockerung nach der Implantation einer Knieprothese liegt auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen im Bereich von bis zu 8,71 %.

Der Sachverständige hat erläutert, dass bei Operationen wie der im Fall des Kl. eine aseptische Lockerung in etwa 3,3 bis 6,2 % der Operationen auftritt (vgl. auch die von dem Sachverständigen zu den Akten gereichte Arbeit „Knieendoprothetik – Klinische Aspekte“ von *Stukenborg-Colsman* u. a., Der Orthopä-

de 2000 S. 732 ff.). Dazu kämen noch die Fälle der sogenannten septischen Lockerung, die jedoch deutlich seltener vorkämen (vgl. auch die Zahlenangaben bei *Stukenborg-Colsman* u. a. aaO S. 732: „Gründe für die Revision waren in 42 % eine aseptische Lockerung, in 17 % eine septische Lockerung ...“). Setzt man das Risiko für eine aseptische Lockerung am oberen Rand der von dem Sachverständigen genannten Bandbreite (6,2 %) an und addiert dazu den Anteil der Fälle einer septischen Lockerung ($6,2 / 0,42 \times 0,17$), so ergibt sich ein Risiko für das Auftreten einer (septischen oder aseptischen) Lockerung in Höhe von 8,71 % (= 6,2 % + 2,51 %).

Ein Risiko in einer derartigen Höhe ist von dem natürlichen Wort-sinn des Worts „gelegentlich“ ohne Weiteres gedeckt (vgl. Der Duden 24. Aufl. 2006 S. 441: „ab und zu“).

Soweit der Kl. in dem Anwaltsschriftsatz vom 25. 1. 2018 offenbar die Ansicht vertritt, dass sich etwaige verbale Risikobeschreibungen (gelegentlich, selten, sehr selten etc.) in Aufklärungsbögen an den Häufigkeitsdefinitionen des Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA), die in Medikamentenbeipackzetteln Verwendung finden, zu orientieren haben (in diesem Sinne etwa auch OLG Nürnberg vom 30. 4. 2015 – 5 U 2282/13 – VersR 2016, 195 [197]; LG Bonn vom 19. 6. 2015 – 9 O 234/14 – NJW 2015, 3461 [3462]; *Förster* in Bamberger/Roth/Hau/Poseck (Hrsg.), BeckOK zum BGB 44. Edition – Stand 1. 11. 2017 – § 823 Rn. 834; *Wagner* in Münch. Komm. zum BGB 7. Aufl. 2016 § 630e Rn. 9; *Spickhoff* NJW 2017, 1790 [1795]; *Spindler* in Spickhoff, beck-online Grosskommentar – Stand 1. 5. 2017 – § 823 Rn. 814.1; a. A. etwa *Gödicke* MedR 2016, 347 [348]; Das Krankenhaus 2016, 138 [140]; MedR 2016, 37; *Kunze* GesR 2015, 534 [535]; OLG Nürnberg vom 30. 4. 2015 – 5 U 2282/13 – VersR 2016, 195; *Rehborn/Gescher* in Erman, BGB 15. Aufl. 2017 § 630e Rn. 8; *Martis/Winkhart-Martis* MDR 2017, 858 [866]; *Martis/Winkhart*, Arzthaftungsrecht 5. Aufl. 2018 Rn. A 993), teilt der Senat diese Einschätzung nicht.

Die standardisierten Häufigkeitsangaben nach MedDRA definieren den Begriff „gelegentlich“ dahin, dass es sich um Nebenwirkungen handelt, die bei einem bis zu zehn von 1000 Behandelten auftreten (0,1–1 %). Auf dieser Grundlage könnte hier nicht mehr von einem (nur) gelegentlichen Risiko gesprochen werden.

Es ist jedoch mehr als zweifelhaft, dass die MedDRA-Definitionen dem alltäglichen Sprachgebrauch von Patienten entsprechen (vgl. etwa *Gödicke* MedR 2016, 347 [348]; *Martis/Winkhart-Martis* MDR 2017, 858 [866]; *Bergmann/Wever* MedR 2016, 37). Es kann keine Rede davon sein, dass der durchschnittliche Patient mittlerweile in einem Ausmaß mit Packungsbeilagen und den darin zugrunde gelegten Häufigkeitsdefinitionen vertraut ist, dass sein Sprachverständnis hierdurch entscheidend geprägt wird (s. *Gödicke* MedR 2016, 347 [348]; *Kunze* GesR 2015, 534 [535]; OLG Nürnberg vom 30. 4. 2015 – 5 U 2282/13 – VersR 2016, 195; *Martis/Winkhart-Martis* MDR 2017, 858 [866]; *Martis/Winkhart*, Arzthaftungsrecht 5. Aufl. 2018 Rn. A 993; vgl. in diesem Zusammenhang auch *Ziegler/Hadlak/Mehlbeer/König*, Verständnis von Nebenwirkungsrisiken im Beipackzettel: Eine Umfrage unter Ärzten, Apothekern und Juristen DÄBI Int. 2013, 669, die zu dem Ergebnis gelangen, dass die in Beipackzetteln benutzten Definitionen nicht dem alltäglichen Gebrauch der Begriffe entsprechen). So wird ein Patient bei seinen Überlegungen in Bezug auf eine etwaige Einwilligung üblicherweise nicht etwa danach differenzieren, ob ein Risiko „selten“ (bis zu einem von 1000 Patienten) oder „sehr selten“ (bis zu einem von 10 000 Patienten) auftritt (so etwa auch KG vom 2. 12. 2013 – 20 U 292/12 – MDR 2014, 717 [718]; *Gödicke* MedR 2016, 347 [348]; *Martis/Winkhart-Martis* MDR 2017, 858 [866]). Überdies ist zu berücksichtigen, dass die Genehmigung und Überwachung von Arzneimitteln in einen regulatorischen Kontext eingebettet ist, der eine mit der statistischen Erfassung von Risiken eines operativen Ein-

griffs nicht vergleichbare internationale Datenlage geschaffen hat (s. *Kunze* GesR 2015, 534 [535]; OLG Nürnberg vom 30. 4. 2015 – 5 U 2282/13 – VersR 2016, 195).

Es kommt hinzu, dass Risikostatistiken für das Maß der Aufklärung ohnehin von nur geringem Wert sind. Entscheidend für die ärztliche Hinweispflicht ist nicht ein bestimmter Grad der Risikodichte, insbesondere nicht eine bestimmte Statistik. Maßgebend ist vielmehr, ob das betreffende Risiko dem Eingriff spezifisch anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet (vgl. etwa BGH vom 30. 9. 2014 – VI ZR 443/13 – NJW 2015, 74 [75]; Senat vom 29. 11. 2016 – 8 U 143/13 – juris; *Geiß/Greiner*, Arzthaftpflichtrecht 7. Aufl. 2014 Kap. C Rn. 43 und 49). ...

Anmerkung:

Der Entscheidung des Senats¹ ist in jeder Hinsicht zuzustimmen und sie dürfte in der arzthaftungsrechtlichen und medizinischen Praxis große Erleichterung hervorrufen. So hatte doch knapp drei Jahre zuvor die gegenteilige Auffassung des OLG Nürnberg zur Frage, ob sich die Verbalisierung von Wahrscheinlichkeiten, mit denen Komplikationen nach einem Heileingriff auftreten können, auch im ärztlichen Aufklärungsgespräch am *Medical Dictionary for Regulatory Activities* (MedDRA) zu orientieren haben², nicht nur in der arzthaftungsrechtlichen Literatur, sondern auch bei medizinischen Fachverlagen überwiegend für Entsetzten gesorgt³.

I. Begrüßenswert deutlich ist zunächst die Erinnerung des Senats daran, dass ein Aufklärungsgespräch dem Patienten nicht alle Einzelheiten etwaiger Risiken zu vermitteln hat, sondern seinem Sinn und Zweck nach dazu dient, dem Patienten eine allgemeine Vorstellung davon zu vermitteln, wie schwer der geplante Eingriff wiegt und welche Risiken „im Großen und Ganzen“ mit dem Eingriff zusammenhängen. Diese von der Rechtsprechung seit jeher gewählte Formulierung⁴ ist wichtig, wenngleich sie gelegentlich als Leerformel missverstanden wird. Sie birgt in sich bereits ein Argument gegen die Auffassung des OLG Nürnberg bei der hier interessierenden Frage. Denn wenn es darum geht, den Patienten „im Großen und Ganzen“ über die mit dem Eingriff zusammenhängenden Risiken zu informieren, dürften definitorisch-schematische Häufigkeitsangaben fehl am Platz sein; entscheidend ist der Verständnishorizont des durchschnittlichen Patienten. Wer mehr wissen will, kann und sollte nachfragen („Herr Doktor, was heißt ‚sehr seltenes‘ Risiko?“). Die Erinnerung des OLG Frankfurt/M. an das „im-Großen-und-Ganzen-Paradigma“ ist auch deshalb begrüßenswert, weil sich der arzthaftungsrechtliche Forensiker des Eindrucks nicht verwehren kann, dass in zunehmendem Maße die Aufklärungsrüge in prozesszielorientierter Weise eingesetzt wird und sich die Anforderungen der Instanzgerichte an ein ordnungsgemäßes Aufklärungsgeschehen schleichend verschärfen, ohne dass ein Nutzen für den Patienten in der Behandlungssituation erkennbar wäre.

II. Geht es um die hier zu diskutierende Detailfrage, nämlich die Verbindlichkeit der definitorischen Vorgaben des MedDRA für das ärztliche Aufklärungsgespräch, ist der Auffassung des Senats also beizupflichten.

- 1 Das erstinstanzliche Urteil des LG Frankfurt/M. vom 24. 2. 2016 (2-04 O 346/14) ist in BeckRS 2016, 130453 veröffentlicht.
- 2 OLG Nürnberg vom 30. 4. 2015 – 5 U 2282/13 – VersR 2016, 195; vgl. auch LG Bonn NJW 2015, 3461.
- 3 *Gödicke* MedR 2016, 347 m. w. N.; 2018, 486; *Bergmann/Wever* MedR 2016, 37; vgl. auch *Süß* MedR 2017, 107 (111).
- 4 Vgl. zuletzt z. B. BGH vom 11. 10. 2016 – VI ZR 462/15 – VersR 2017, 100.

1. Das MedDRA⁵ ist eine Sammlung medizinischer Fachbegriffe, die im Zusammenhang mit der Zulassung und Regulierung von Arzneimitteln stehen. Es entstand unter Federführung des *International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH)*⁶, dem Zulassungsbehörden verschiedener Länder, aber auch Verbände von Arzneimittelherstellern angehören und der u. a. eine Erleichterung der internationalen Kommunikation bei der Zulassung von Arzneimitteln zum Gegenstand hat. Mit einem kleinen Teil des MedDRA kommen Verbraucher auf der ganzen Welt in Berührung, wenn sie zugelassene Arzneimittel nutzen: Den Häufigkeitsangaben (sehr häufig, häufig, gelegentlich, selten, sehr selten) zu Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die sich üblicherweise in den Beipackzetteln von Medikamenten wiederfinden. Seinem bestimmungsgemäßen Gegenstand nach haben die Definitionen des MedDRA also gar nichts mit ärztlichen Aufklärungsgesprächen zu tun.

2. Ebenso wie in der erwähnten Entscheidung des OLG Nürnberg stand nun auch das OLG Frankfurt/M. aber vor der Frage, ob derartige Häufigkeitsangaben in einem ärztlichen Aufklärungsgespräch deshalb verharmlosend sind, weil sich die gewählten Worte nicht mit der Definition des MedDRA deckten. Konkret war die Frage zu entscheiden, ob die Versorgung mit einer Kniegelenksprothese deshalb rechtswidrig (sic) gewesen ist, weil das Risiko der beim Kl. eingetretenen Prothesenlockerung im Aufklärungsförmular als „gelegentlich“ bezeichnet worden ist. Ein solches Risiko wäre nach der Definition des MedDRA dann gelegentlich, wenn es lediglich in bis zu 1 % der Fälle aufträte. Das war vorliegend aber nicht der Fall; nach den Urteilsgründen liegt die statistische Wahrscheinlichkeit für eine aseptische oder septische Prothesenlockerung bei 8,71 %, was freilich mehr als 1 % ist und nach den Regeln des MedDRA der Etikette „häufig“ bedürft hätte. Sollte beim klagenden Patienten dadurch ex ante eine falsche Vorstellung über die Risikoträchtigkeit der Operation hervorgerufen worden sein?

3. Der Senat verneint diese Frage mit überzeugenden Argumenten. Es ist mehr als nachvollziehbar, dass die Frankfurter Richter statt auf schematische Definitionen, auf den „natürlichen Wort-sinn“ des Begriffs „gelegentlich“ abstellen, der auch eine Komplikationsdichte von 8,71 % – ausweislich des Dudens⁷ – in der Tat deckt. Auf der anderen Seite muss man Zweifel an der Auffassung des OLG Nürnberg hegen, wonach Häufigkeitshinweise in Aufklärungsbögen vom Patienten überhaupt so verstanden werden wie in Beipackzetteln von Medikamenten. Es ist bereits unwahrscheinlich, dass die Begriffsdefinitionen überhaupt tatsächlich „weithin bekannt“ sind, wie die Nürnberger Richter annehmen. Ebenso normativ-konstruiert ist es, dass diese Definitionen dem Begriffsverständnis der breiten Bevölkerung folgen sollen. Eine medikostatistische Studie hat z. B. ergeben, dass das Sprachverständnis repräsentativ befragter Ärzte, Apotheker und Juristen teils massiv von den Definitionen des MedDRA abweicht⁸. Es wäre demnach auch gekünstelt, anzunehmen, dass durchschnittliche Patienten ein sprachliches Problembewusstsein für die Unterscheidung aufbringen, ob ein Risiko mit 1:10 000 nun „selten“ oder „sehr selten“ auftritt. Soll die Wirksamkeit der Einwilligung nach einem ansonsten ordnungsgemäßen Aufklärungsgespräch daran scheitern, dass ein Arzt ein 12 %-iges Risiko nicht als „sehr häufig“ (so das MedDRA, Grenze liegt bei 10 %), sondern als „häufig“ bezeichnet? Sollen Ärzte zukünftig gehalten sein, ihren Erläuterungen zunächst begriffliche Definitionen voranzustellen⁹? Derartige Standardisierungen belasten die vertrauensvolle Kommunikation zwischen Arzt und Patient, überfordern beide Kommunikationspartner und sorgen nur für eines: Nämlich dafür, dass sich das Aufklärungsgespräch noch weiter von seinem eigentlichen Sinn und Zweck entfernt und von Juris-

ten im Nachhinein, nämlich im Haftungsprozess, nach Formalismen zerstückelt wird. Ob das dem hilfeschuchenden Patienten in der Behandlungssituation dienlich ist, bleibt fragwürdig.

III. Der Senat hat die Revision – wohl auch mit Blick auf die divergierende Entscheidung aus Nürnberg – zugelassen, weil die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung habe und sich die hier diskutierte Frage in einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten stelle. Tatsächlich geht es bei der Entscheidung dieser Frage weniger um Umfang und Bedeutung einer Rechtsvorschrift, § 543 ZPO, sondern vielmehr um eine tatrichterliche Entscheidung im Einzelfall.

Der Autor, Dr. Thorsten Süß, ist Rechtsanwalt der Kanzlei BLD Bach Langheid Dallmayr Rechtsanwälte PartGmbH, Köln, sowie Fachanwalt für Medizinrecht.

5 Vgl. www.meddra.org.

6 Vgl. www.ich.org.

7 Begriffserläuterung dort: ab und an, von Zeit zu Zeit, manchmal.

8 Ziegler/Hadlak/Mehlbeer/König DÄBl int. 2013, 110 (40), 669–973.

9 Diese Frage wirft zu Recht Gödicke MedR 2016, 347 (348) auf.

Nutzungsausfall

Kein Anspruch auf abstrakte Nutzungsausfallentschädigung bei ausschließlich gewerblich genutztem Fahrzeug

BGB §§ 249, 252, 280 Abs. 1, 634 Nr. 4

*** 1. Lassen sich bei dem vorübergehenden Entzug der Gebrauchsmöglichkeit eines ausschließlich gewerblich genutzten Fahrzeugs die materiellen Auswirkungen des Ausfalls des Fahrzeugs quantifizieren, kann eine (abstrakte) Nutzungsausfallentschädigung nicht verlangt werden. Das gilt unabhängig davon, ob das ausgefallene Fahrzeug unmittelbar der Gewinnerzielung dient, weil der Ertrag allein mit Transportleistungen erzielt wird, oder nur mittelbar, nämlich zur Unterstützung einer anderen gewerblichen Tätigkeit eingesetzt wird. ***

*** 2. Der Betriebsbereitschaft eines ausschließlich gewerblich genutzten Fahrzeugs, also seiner ständigen Verfügbarkeit und Einsatzfähigkeit, kommt kein eigenständiger Vermögenswert zu, weshalb der vorübergehende Entzug der Gebrauchsmöglichkeit als solcher kein Schaden ist. Der Geschädigte kann für die Gebrauchsentscheidung – unabhängig vom Eintritt eines Erwerbsschadens oder darüber hinaus – keine (abstrakte oder an den Vorhaltekosten orientierte) Nutzungsausfallentschädigung verlangen. ***

*** 3. Die Rechtsprechung, wonach die infolge eines zum Schadensersatz verpflichtenden Ereignisses entfallende Möglichkeit des Geschädigten, private, eigenwirtschaftlich genutzte Sachen oder Güter plangemäß verwenden oder nutzen zu können, einen ersatzfähigen Vermögensschaden darstellen kann, ohne dass hierdurch zusätzliche Kosten entstanden oder Einnahmen entgangen sind (vgl. BGH vom 9. 7. 1986 – GSZ 1/86 – BGHZ 98, 212 = VersR 1986, 1103), ist auf die Nutzung von Sachen oder Gütern, die ausschließlich erwerbswirtschaftlich genutzt werden, nicht übertragbar. ***

BGH, Urteil vom 6. 12. 2018 (VII ZR 285/17, Karlsruhe)

[1] Der Kl., welcher ein Beton- und Natursteinwerk betreibt, begehrt von der Bekl., einer Nutzfahrzeugwerkstatt, aufgrund eines Werkvertrags Schadensersatz für die Folgen eines Motorschadens an seinem Kipplader mit Kran. Infolge des Motorschadens,