
Datum: 13.06.2001
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 145/00
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2001:0613.3U145.00.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 11 O 1020/99

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird das am 30. März 2000 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster abgeändert.

Die Klageanträge zu 1) und 2) (Zahlung von 32.382,00 DM sowie eines Schmerzensgeldes, jeweils nebst Zinsen) sind dem Grunde nach gerechtfertigt.

Es wird festgestellt, daß der Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger alle weiteren materiellen und zukünftigen immateriellen Schäden zu ersetzen, die dem Kläger durch die Myelographie vom 21. Februar 1994 entstanden sind und noch entstehen werden, die materiellen Schäden jedoch nur vorbehaltlich eines Anspruchsübergangs auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte.

Zur Entscheidung über die Höhe der Zahlungsanträge und über die Kosten des Rechtsstreits einschließlich derjenigen der Berufungsinstanz wird der Rechtsstreit an das Landgericht zurückverwiesen.

Tatbestand:

Der am 18. November 1939 geborene Kläger war Anfang 1994 wegen Lumboischialgien in der Behandlung des Internisten Dr. Kleeberg. Dieser injizierte am 07. und 08. Februar 1994 intramuskulär Schmerzmittel. 2

Am 09. Februar 1994 wurde der Kläger in der S-Klinik in M stationär aufgenommen. Der Beklagte ist Chefarzt der Radiologie und der nuklearmedizinischen Abteilung der Klinik. 3

Noch am Tag der Aufnahme erfolgte eine computertomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule. Im Befund vom 10.02.1994 heißt es hierzu u.a.: 4

"... In Höhe LWK 4/5 bestehen deutl. degen. Veränderungen mit Randkantenausziehungen an den knöchernen Strukturen. Der Wirbelkanal ist deutl. eingengt. Man erkennt eine leichte Vorwölbung der Diskushinterkante ... 5

In Höhe LWK 5/S 1 besteht ein deutl. Vacuumphänomen. Die Bandscheibe ist weitgehend aufgebraucht. Hier erkennt man auch erhebl. degen. Veränderungen im Bereich der kleinen Gelenke. Die Bandscheibe ist jeweils nur partiell angeschnitten. Sie zeigt eine leichte Vorwölbung in den Wirbelkanal mit teilweise kalkdichten Strukturen u. Verdichtungen. ..." 6

Der Kläger wurde in der S-Klinik konservativ mit schmerzstillenden Infusionen unter Bettruhe behandelt. Ausweislich der Eintragungen im Pflegebericht vom 16., 18. - 19. und 20.02.1994 litt der Kläger über starke Rückenschmerzen. Am 16.02.1994 erfolgte eine kernspintomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule im C-Hospital in N. Im Bericht der Praxisgemeinschaft Dr. C, S, Prof. Dr. F und andere, die die Kernspintomographie durchführten, vom 16.02.1994 heißt es unter anderem: 7

"Beurteilung: Bandscheibendegeneration 8

L 4/5, L 5/S 1, geringe Protrusion im Segm. 9

L 4/5. Desweiteren deutl. Protrusion im Segm. L 5/S 1 partiell an die Nervenwurzeln heranreichend. Insges. findet sich in den bd. unteren Segm. eine deutl. spinale Enge mit Verschmälerung der Neuroforamina bds.." 10

Die Laborwerte ergaben für den Aufnahmetag Leukozytenwerte von 10800 und eine Blutsenkungsgeschwindigkeit von 25/45. Am 15.02.1994 betrugen die Leukozytenzahlen 7700 und die Blutsenkungsgeschwindigkeit unverändert 25/45. 11

Im Arztbrief vom 04. März 1994 an den Chefarzt der neurochirurgischen Abteilung der Universitätsklinik N heißt es unter anderem: 12

"Am 16.02.1994 traten wieder erneut heftige Lumboischialgien auf, wobei die Lumbalgien in13 Vordergrund standen, keine Paresen, normaler PSR, abgeschwächter ASR li.-seitig. Zusätzlich zu der Fellingier-Infusionslösung Verabreichung von Muskelrelaxantien und schmerzstillender Medikation mit Novalgien und Muskeltranskopal. Diese Maßnahmen führten jedoch bei Herrn H nur zwischenzeitlich zu einer Abnahme der Schmerzsymptomatik, so daß wir uns am 21.02.1994 veranlaßt sahen, eine Myelographie mit nachträglichem Postmyelo-CT der LWS durchzuführen.

Myelographie am 21.02.1994: 14

Zunächst Punktion in Höhe LWK 2/3, hierbei kann der Wirbelkanal nicht sicher punktiert werden. Deswegen eine Etage tiefer in Höhe LWK 3/4. Hier kommt nur geringfügig Liquor zurück, ... Vorsichtige Injektion des KM's. Die Übersichtsaufnahmen zeigen KM im Epiduralraum und nicht im Bereich des Rückenmarkkanals.

CT-/LWS-/Myelographie 4 Std. später vom 21.02.1994: 16

Es besteht kein KM mehr im Bereich des Wirbelkanals. Deswegen nur Darstellung in einer Etage, die unauffällig erscheint. Eine erneute Myelographie wird vom Pat. z. Zt. abgelehnt. 17

Trotz ausreichender Schmerzmedikation kam es zu keiner Linderung der Schmerzsymptomatik. ... 18

Da Herr H wegen der ausgeprägten Schmerzsymptomatik auf eine sofortige Verlegung zwecks chirurg. Intervention drängte, setzten wir uns am 21.02.1994 mit Ihrer neurochirurg. Abtlg. in Verbindung zur Übernahme des Pat.. Die Verlegung von Herrn H erfolgte am 22.02.1994 ..." 19

Unter der Annahme eines mediolateralen Bandscheibenvorfalls in Höhe L 4/L 5 links erfolgte am 24.02.1994 die Operation. Es fand sich eine raumfordernde Eiteransammlung. Deshalb wurde der Bandscheibenvorfall wegen der bestehenden Infektionsgefahr nicht ausgeräumt; die Eiteransammlungen wurden entfernt. Als Verursacher fand sich Staphylococcus aureus. 20

Der Kläger wurde in der Zeit vom 11. bis 24.03.1994 wegen weiter bestehender Infektionsanzeichen in der medizinischen Poliklinik der Universität N stationär behandelt. Ein weiterer Entzündungsherd wurde nicht nachgewiesen. 21

Am 06. Mai 1994 wurde der Kläger erneut in der neurochirurgischen Klinik der Universität N aufgenommen. Die kernspintomographische Untersuchung vom 09. Mai 1994 bestätigte den Befund eines ausgedehnten knochendestruierenden Prozesses im Bereich vom 5. bis 7. Halswirbel. Der Kläger wurde am 16. Mai 1994 erneut operiert; die stationäre Behandlung endete am 14. Juni 1994. 22

Der Kläger nahm zunächst den ihn ambulant behandelnden Arzt Dr. K in Anspruch, weil er von einer Einschleppung des Keims durch dessen Behandlung ausging. In dem Rechtsstreit 11 O 85/96 verkündete er dem jetzigen Beklagten den Streit. Das Landgericht wies die Klage gegen Dr. Kleeberg ab und stellte im Urteil vom 18.06.1998 fest, es spreche nichts dafür, daß der die entzündlichen Vorgänge bei dem Kläger auslösende Staphylococcus aureus durch Maßnahmen des Beklagten (Dr. K) eingeschleppt wurde. Vielmehr gehe die Kammer aufgrund der auch insoweit überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen davon aus, daß der Staphylococcus aureus von den im Rahmen der Myelographie vom 21.02.1994 vorgenommenen Punktionen in den Epiduralraum eingeschleppt worden sei und dort die Eiteransammlung zunächst im Rücken und später dann im Bereich der Halswirbelsäule verursacht habe. Das Urteil des Landgerichts vom 18.06.1998 ist rechtskräftig. 23

Nunmehr nimmt der Kläger den Beklagten als den Arzt in Anspruch, der die Myelographie durchführte. Er hat behauptet, die Myelographie sei fehlerhaft ausgeführt worden. Bei Wahrung der erforderlichen Sterilität wäre eine Einschleppung der Keime mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen gewesen. Eine Aufklärung vor der Untersuchung sei in keiner Weise erfolgt. Wäre er informiert und aufgeklärt worden, hätte er die Untersuchung nicht machen lassen. 24

Der Kläger hat beantragt,

den Beklagten zu verurteilen, an ihn 32.382,00 DM nebst 4 % Zinsen seit Klageerhebung zu zahlen, 26

den Beklagten ferner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 4 % Zinsen seit Klageerhebung zu zahlen, 27

festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, weitere immaterielle und künftige materielle Schäden zu ersetzen, die ihm aus der Myelographie vom 21.02.1994 noch entstehen werden, sofern diese Ansprüche nicht auf Dritte übergegangen sind. 28

Der Beklagte hat beantragt,

29

die Klage abzuweisen.

30

Er hat behauptet, der Kläger sei am 20.02.1994 unter anderem auch über das Infektionsrisiko aufgeklärt worden. Der Kläger habe, nachdem er ihn selbst erneut noch einmal aufgeklärt habe, letztlich der Myelographie zugestimmt. Die Myelographie selbst sei ordnungsgemäß und steril erfolgt. 31

Die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden und Schmerzen beruhten auf seinem Grundleiden und nicht auf dem entzündlichen Prozeß. Schon vor der Myelographie sei er zu 50 % erwerbsunfähig wegen seines Grundleidens gewesen. Im übrigen ist der Beklagte auch der Höhe der geltend gemachten immateriellen und materiellen Ansprüche entgegengetreten. 32

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens sowie durch Vernehmung von Zeugen. Sodann hat es die Klage mit der Begründung abgewiesen, die Myelographie sei indiziert gewesen. Der Kläger sei auch ordnungsgemäß aufgeklärt worden. 33

Wegen weiterer Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze, das Gutachten des Sachverständigen, das Protokoll zur mündlichen Verhandlung sowie die angefochtene Entscheidung Bezug genommen. 34

Gegen das Urteil des Landgerichts wendet sich der Kläger mit der Berufung. Er wiederholt und vertieft den erstinstanzlichen Sachvortrag und behauptet insbesondere, die durchgeführte Myelographie sei nicht indiziert gewesen. 35

Der Kläger beantragt,

36

unter Abänderung der angefochtenen Entscheidung des Landgerichts Münster vom 30. März 2000 37

1. 38

den Beklagten zu verurteilen, an ihn 32.382,00 DM nebst 10 % Zinsen seit Klageerhebung zu zahlen, 39

2. 40
41

den Beklagten zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Senats gestellt wird, nebst 10 % Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen und 42

3.	43
festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, ihm alle weiteren materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihm durch die Myelographie vom 21.02.1994 entstanden sind oder zukünftig entstehen werden, sofern diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen.	44
Der Beklagte beantragt,	45
die Berufung zurückzuweisen,	46
hilfsweise Vollstreckungsnachlaß.	47
Er wiederholt und vertieft ebenfalls den erstinstanzlichen Sachvortrag.	48
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen Priv. Doz. Dr. C sowie durch Vernehmung des Zeugen Prof. Dr. X.	49
Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zweitinstanzlich gewechselten Schriftsätze, die beigezogenen Akten 11 O XXXX LG Münster, die beigezogenen Krankenunterlagen, das Protokoll und die Vermerke des Berichterstatters zu den Senatsterminen vom 14. Februar und 13. Juni 2001 Bezug genommen.	50
<u>Entscheidungsgründe:</u>	51
Die zulässige Berufung des Klägers hat auch in der Sache Erfolg.	52
Der Kläger hat gegen den Beklagten dem Grunde nach einen Anspruch auf Schadensersatz und Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes gem. §§ 823 Abs. 1, 847 BGB bzw. wegen Schlechterfüllung des zugrunde liegenden Behandlungsvertrages.	53
1.	54
Die Behandlung des Klägers durch den Beklagten war fehlerhaft, weil die am 21. Februar 1994 von dem Beklagten durchgeführte Myelographie nicht indiziert war.	55
Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen, denen der Senat folgt, gab es zur Vornahme der Myelographie keinen sachlich gerechtfertigten Grund. An der fachlichen Kompetenz des Sachverständigen bestehen dabei für den Senat keinerlei Zweifel. Die mündliche Vernehmung des Sachverständigen gab dem Senat genügend Gelegenheit, sich insoweit ein umfassendes Bild zu machen.	56
Die Myelographie als invasives diagnostisches Mittel ist kein Selbstzweck. Sie ist nur dann indiziert, wenn andere – nicht invasive – diagnostische Maßnahmen keine ausreichende Beurteilung des Krankheitsgeschehens zulassen. Kann etwa durch Fertigung eines Computertomogramms oder einer Kernspintomographie eine ausreichende Diagnostik betrieben werden, um die Frage einer Operationsindikation oder der Fortsetzung der begonnenen konservativen Behandlung zu beurteilen, gibt es keinen Grund, eine zusätzliche invasive Maßnahme zu ergreifen, wenn damit keinerlei zusätzlicher diagnostischer Gewinn verbunden ist. In diesem Fall steht dem behandelnden Arzt auch kein Ermessensspielraum bei der Indikationsstellung zu.	57
	58

Dabei ist es unerheblich, ob es sich bei dem behandelnden Arzt wie vorliegend um einen Radiologen oder aber um einen Orthopäden oder Neurochirurgen handelt. Die Radiologie umfaßt zwar einen selbständigen fachärztlichen Bereich, hat letztlich jedoch kein anderes Ziel als das, durch die besondere Fachkunde der Radiologen in Bezug auf Durchführung und Auswertung bildgebender oder anderer Verfahren bei der Diagnostik dem eigentlichen Behandler oder Operateur zur Seite zu stehen. Die Tätigkeit des Radiologen dient letztlich nur deren Unterstützung.

Für den vorliegenden Fall bedeutet das, daß die bildgebende oder sonstige invasive Diagnostik der Beantwortung der Frage diene, ob die Behandlung des Klägers angesichts der von ihm massiv geklagten Schmerzen weiterhin konservativ erfolgen konnte oder aber ein operativer Eingriff erforderlich war. Eine andere Fragestellung hat der Beklagte selbst auch mit der Myelographie nicht verbunden. 59

Welche diagnostischen Maßnahmen zur Beantwortung dieser Fragestellung erforderlich sind, kann ein Radiologe nicht anders beantworten als der Behandler oder Operateur selbst. Genügt etwa dem Operateur als Entscheidungsgrundlage das Ergebnis bildgebender Verfahren wie Computertomographie oder Kernspintomographie, kann der Radiologe für seinen Fachbereich nicht mehr die Indikation für eine Myelographie begründen. Hat der Radiologe Zweifel, ob die Ergebnisse von Computertomographie oder Kernspintomographie ausreichend sind, hat er ggf. im Rahmen eines Konsils die Fachmeinung des Behandlers oder des Operators einzuholen, bevor er sich für eine u.U. überflüssige invasive und nicht ungefährliche Maßnahme wie die Myelographie entscheidet. 60

Andererseits darf er aber auch grundsätzlich darauf vertrauen, daß die Indikation für die Myelographie vorliegt, wenn z.B. ein Operateur für die Frage der Operationsindikation trotz des Vorliegens bildgebender Diagnostik eine Myelographie für seine Entscheidungsfindung zusätzlich einfordert. 61

Mit dieser Maßgabe hat der Sachverständige aus der Sicht des Operators und Behandlers die Indikation für die durchgeführte Myelographie überzeugend verneint. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Myelographie lagen Computertomographie und Kernspintomographie bereits vor, die ein hinreichend genaues Bild vermittelten. Die Laborwerte waren erhoben und zeigten eine mäßige und sodann rückläufige Leukozytose bei konstanter Blutsenkungsgeschwindigkeit von 25/45. Letzterer Wert zeigt dabei eine nur mittelgradige und unspezifische Erhöhung. 62

Deshalb ging es nicht um die Abklärung eines infektiösen Geschehens, sondern (allein) um die Frage der Fortsetzung der konservativen Behandlung oder der operativen Intervention. So weist auch der Erstgutachter der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe im Bescheid vom 03.03.1995 (Bl. 25 BA) darauf hin, daß von einem Verdacht einer Infektion des Spinalkanals und der linksseitigen Rückenmuskulatur nicht die Rede sei. Zu der Fragestellung der Operationsindikation und des Wie der Fortsetzung der Behandlung waren aber auch im Jahr 1994 von der Myelographie kein weitergehender, entscheidender Hinweis und kein therapeutischer Gewinn zu erwarten. Der Sachverständige hätte die Myelographie deshalb selbst "sicher nicht veranlaßt". 63

Soweit der Beklagte darauf verwiesen hat, wegen der engen Zusammenarbeit mit den Neurochirurgen des C-Hospitals kenne er deren Indikation für die Myelographie, die Neurochirurgen und deren Chefarzt, der Zeuge Prof. Dr. X hätten die Myelographie auch haben wollen, hat der Beklagte diese Behauptung nicht bewiesen. Der Zeuge Prof. Dr. X konnte sich an den konkreten Vorgang nicht erinnern. Er hat auch nicht bestätigt, generell in 64

Fällen dieser Art die Myelographie zu fordern, sondern nachvollziehbar darauf verwiesen, die Indikation zur Myelographie nach der Klinik des jeweiligen Patienten und nur dann zu stellen, wenn er den Patienten auch gesehen hat. Gesehen hat der Zeuge den Kläger nicht.	
Ein Konsil zu der Frage der Indikation fand ausweislich der Krankenunterlagen vor der Myelographie nicht statt, vielmehr erfolgte eine Anfrage an das Haus des Zeugen Prof. Dr. X erst nach deren Durchführung. Die Krankenunterlagen verzeichnen für die Zeit vor der Fertigstellung der Myelographie nur die Verlegung ins C-Hospitals zur Fertigstellung des MRT, keine weitere Kontaktierung.	65
Ausweislich der Eintragungen des Stationsarztes Dr. M zeigte die Myelographie eine Einengung, wohl im Epiduralraum. Eben diese Befunde erbrachte aber auch schon das MRT vom 16.02.1994. So heißt es im Arztbrief vom 04.03.1994 an die WWU N, auf dem gefertigten MRT-LWS sei eine deutliche Protrusion im Segm. L5/S1 zu erkennen, welche partiell an die Nervenwurzel heranreiche. Im unteren Segm. habe sich eine deutliche spinale Enge mit Verschmälerung der Neuroforamine bds.gezeigt. Ein Informationsgewinn durch die Myelographie ist nicht erkennbar.	66
Der Beklagte vermochte auch nicht nachvollziehbar darzulegen, welchen konkreten diagnostischen Gewinn er sich selbst von der Myelographie erhoffte. Auch den Krankenunterlagen ist dies nicht zu entnehmen.	67
Ein Widerspruch in der Begutachtung des Sachverständigen oder zu anderen Gutachtern verbleibt nicht. Die Gutachter der Kommission haben zu der Frage der Indikation der Myelographie nicht konkret Stellung genommen. Aus der Tatsache, daß sie diese auch nicht problematisiert haben, ist nicht zu schließen, sie gingen von dem Vorliegen einer Indikation aus. Auch der gerichtliche Sachverständige hat zunächst die Indikation nicht verneint und hierzu nicht Stellung genommen, sondern sich zur Indikation erst bei seiner Vernehmung aufgrund einer konkreten Nachfrage geäußert. Es ist nicht auszuschließen, daß die Gutachter der Kommission sich bei einer konkreten Nachfrage gleichermaßen äußern würden. Eine nähere Aufklärung ist dem Senat nicht möglich.	68
Soweit der Sachverständige in dem von ihm verfaßten schriftlichen Gutachten vom 10.10.1999 die Myelographie als Standarduntersuchung in Kliniken mit wirbelsäulenchirurgisch tätigen Abteilungen bezeichnet hat, liegt hierhin kein Widerspruch zu seiner nunmehrigen Aussage. Die Tatsache, daß eine diagnostische Maßnahme in einem Haus standardgemäß durchgeführt wird, besagt über deren Indikation im Einzelfall nichts.	69
Die Einholung eines zusätzlichen radiologischen Gutachtens war nicht erforderlich. Nach Maßgabe vorstehender Ausführungen ist nicht erkennbar, welche zusätzlichen Erkenntnisse ein Radiologe für die Beantwortung der hier anstehenden Fragen haben könnte.	70
2.	71
Weitere Behandlungsfehler waren nicht feststellbar.	72
Insbesondere hat der Kläger nicht bewiesen, daß der Beklagte bei der Durchführung der Myelographie die sterilen Kautelen nicht eingehalten hat. Der Beklagte hat im einzelnen beschrieben, wie er die Myelographie durchführt. Dies hat der Sachverständige gebilligt. Das Tragen von Mundschutz war nicht erforderlich. Soweit der Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten einen Mundschutz angesprochen hat (Bl. 99), hat er diese Aussage präzisiert und klargestellt, daß ein Mundschutz nicht erforderlich sei und selbst in dem Haus	73

der Maximalversorgung, in dem er bis vor kurzem tätig war, auch nicht verwendet würde. Daß ansonsten Hygienemaßnahmen nicht eingehalten wurden, ist nicht erkennbar. Der Beklagte hat auch glaubhaft darauf verwiesen, daß zu dem hier fraglichen Zeitpunkt keine gehäuften Infektionen und insbesondere keine - weitere - Infektion mit Staphylococcus aureus auftraten.	
Das Auftreten eines Hämatoms läßt keine Rückschlüsse auf ein fehlerhaftes Vorgehen zu und kann auch bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt schicksalhaft entstehen, wie dem Senat auch aus anderen Verfahren bekannt ist.	74
Die Verlegung des Klägers erfolgte nicht verspätet. Der Kläger war im Hause des Beklagten zur Durchführung einer konservativen Behandlung. Dem Senat ist bekannt, daß gerade für den Wirbelsäulenbereich die konservative Behandlung bevorzugt und die Operationsindikation nur zurückhaltend gestellt wird. Zu Recht und überzeugend hat der Sachverständige darauf verwiesen, daß die Verlegung nicht verspätet war.	75
3.	76
Die Infektion des Klägers mit dem Keim Staphylococcus aureus ist durch die Myelographie erfolgt. Daran hat der Sachverständige keinen vernünftigen Zweifel. Soweit die Gutachter der Kommission diesbezüglich anderer Auffassung waren, überzeugen deren Meinungen nicht. Unabhängig davon war infolge der Streitverkündung des Klägers gegenüber dem jetzigen Beklagten im Vorprozeß, der Feststellungen des Landgerichts zur Kausalitätsfrage und der Interventionswirkung gem. §§ 74, 68 ZPO von einer entsprechenden Kausalität auszugehen.	77
4.	78
Der Senat sieht sich zu einer abschließenden Entscheidung auch zur Höhe zur Zeit noch nicht in der Lage. Welche gesundheitlichen Folgen der Kläger durch die Infektion erlitten hat und welche materiellen Schäden ihm entstanden sind, ist zwischen den Parteien im einzelnen streitig. Der Senat hat deshalb den Rechtsstreit zur Entscheidung über die Höhe gem. § 538 Abs. 1 Nr. 3 ZPO an das Landgericht zurückverwiesen. Von einer eigenen Entscheidung hat der Senat abgesehen, weil er dies nicht für sachdienlich hält (§ 540 ZPO). Zur Entscheidung zur Höhe bedarf es einer erneuten und ggf. umfänglichen Beweisaufnahme. Durch eine eigene Entscheidung des Senats würde dabei einer Partei eine Tatsacheninstanz genommen, was nicht angezeigt erscheint.	79
5.	80
Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO.	81
6.	82
Das Urteil beschwert den Beklagten mit mehr als DM 60.000,-.	83