
Datum: 20.04.2005
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 197/04
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2005:0420.3U197.04.00

Vorinstanz: Landgericht Bielefeld, 4 O 164/02

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 25. Mai 2004 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld – unter Zurückweisung des Rechtsmittels im übrigen – teilweise abgeändert und insgesamt wie folgt neu gefaßt:

Der Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 35.000,-- Euro nebst 5 % Zinsen seit dem 16.04.2002 zu zahlen.

Es wird festgestellt, daß der Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin alle materiellen sowie alle weiteren künftigen entstehenden immateriellen Schäden zu ersetzen, die der Klägerin aus der am 12.01.1998 fehlerhaft durchgeführten Embolisation entstanden sind und noch entstehen werden, soweit die materiellen Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.

Die weitergehende Klage wird abgewiesen.

Von den erstinstanzlichen Kosten des Rechtsstreits trägt die Klägerin 11 %, der Beklagte trägt 89 %.

Von den Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin 56 %, der Beklagte trägt 44 %.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Beide Parteien können die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die jeweils andere Seite zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

- | | |
|---|---|
| I. | 1 |
| Die am #####1944 geborene Klägerin wurde am 26. Dezember 1997 als Notfall in das Krankenhaus S eingeliefert und noch am selben Tag in das Klinikum N verlegt, dessen Träger der Beklagte ist. Die dortige computertomographische Diagnostik ergab u. a. ein 5 x 2,5 cm großes, links betontes Falxmeningeom mit Durchwachsen der Schädelkalotte. | 2 |
| Am 12.01.1998 wurde bei der Klägerin in der neuroradiologischen Abteilung des Klinikums N zunächst eine diagnostische und therapeutische Carotisangiographie durchgeführt. Im Anschluß daran wurden u. a. die vorderen und hinteren Äste der arteria meningea media beidseits mit Polyvinyl-Alkoholpartikeln (Größe 50 Mikrometer) embolisiert. | 3 |
| Am 13.01.1998 wurden in der neurochirurgischen Abteilung des Klinikums N der bei der Klägerin festgestellte Tumor und auch die durch Tumorgewebe zerstörten Teile der Dura operativ entfernt. Der entstandene Duradefekt wurde mit einem Goretexpatch der Größe 6 x 8 cm abgedeckt und vernäht. Die Nähte wurden mit Fibrinkleber gesichert und mit Tabotamp abgedeckt. | 4 |
| Am 15.01.1998 erfolgte die Extubation der Klägerin. | 5 |
| Nach augenärztlicher Untersuchung wurde bei ihr ein rechtsseitiger Visusverlust festgestellt, wobei von einem Zentralarterienverlust (arteria ophthalmica rechts) im Rahmen der Angiographie ausgegangen wurde. | 6 |
| Wegen eines Duradefekts mit Entwicklung eines Liquorkissens wurde bei der Klägerin am 04.03.1998 eine operative Wundrevision durchgeführt, in der das ausgeprägte Liquorkissen entfernt wurde. Der Duradefekt, über den Liquor entwich, wurde vernäht, mit Tabotamp | 7 |
| | 8 |

überdeckt und mit Fibrinkleber verschlossen.

In der postoperativen Aufwachphase fiel eine beinbetonte Hemiparese rechts auf, so daß eine Computertomographie durchgeführt werden mußte. Diese zeigte eine 4 x 3 x 2 cm große intracerebrale Blutung. Die Revisionsoperation zur Ausräumung der Nachblutung wurde noch am selben Tag durchgeführt. 9

Die Klägerin hat den Beklagten wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung im Klinikum N, die zu der Erblindung des rechten Auges, einer rechtsseitigen Hemiparese, schweren epileptischen Anfällen und Hör-/Gleichgewichtsstörungen geführt habe, auf materiellen und immateriellen Schadensersatz in Anspruch genommen. Daneben hat die Klägerin die Feststellung begehrt, daß der Beklagte ihr auch zum Ersatz allen weiteren Schadens aus den Eingriffen vom 12.01., 13.01. und 04.03.1998 verpflichtet sei. 10

Das Landgericht hat nach Einholung eines neuro-radiologischen Gutachtens der Sachverständigen Prof. Dr. C3 und Dr. C und eines neuro-chirurgischen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. Y in der Kombination von zu proximaler Katheterlage, gefährlicher Anastomose und Embolisation des Meningeoms mit (zu kleinen) Partikeln der Größe 50 Mikrometer im Rahmen der Angiographie vom 12.01.1998 einen dem Beklagten zuzurechnenden Behandlungsfehler angenommen und diesen verurteilt, an die Klägerin wegen der Erblindung auf dem rechten Auge ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000,-- Euro (nebst Zinsen) zu zahlen. Darüber hinaus hat es festgestellt, daß der Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin allen materiellen und alle künftigen immateriellen Schäden lediglich aus dem Eingriff vom 12.01.1998 zu ersetzen. Im übrigen hat das Landgericht die Klage abgewiesen. 11

Auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil wird gem. § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO Bezug genommen. 12

Gegen dieses Urteil wendet sich die Klägerin mit der Berufung. Der Beklagte hat seine Berufung am 11.10.2004 zurückgenommen. 13

Dabei rügt die Klägerin die Bemessung des Schmerzensgeldbetrages als zu niedrig. Für den Verlust des rechtsseitigen Augenlichts erachtet sie einen Betrag von mindestens 50.000,-- Euro, für die rechtsseitige Hemiparese und das Auftreten epileptischer Anfälle einen Betrag von weiteren mindestens 100.000,-- Euro für angemessen. Darüber hinaus macht sie – im Wesentlichen – geltend: 14

Die Fehlembolisation vom 12.01.1998 stelle einen groben Behandlungsfehler dar, der nicht nur zur Erblindung des rechten Auges, sondern auch zu permanenten Hör- und Gleichgewichtsstörungen geführt habe. Der während der Tumoroperation vom 13.01.1998 entstandene Defekt der Dura mater sei behandlungsfehlerhaft versorgt worden. Der für die Abdichtung verwendete Goretexpatch sei nicht ordnungsgemäß vernäht und fixiert worden. Der hierdurch entstandene Ausfluß von Liquorflüssigkeit habe letztlich auch zu der rechtsseitigen Hemiparese geführt. Die Wundrevision vom 04.03.1998 sei nicht fachgerecht durchgeführt worden. Bei der Klägerin habe zum Operationszeitpunkt eine Unterkühlung vorgelegen, die zu der intracerebralen Blutung geführt habe. Diese sei zu spät gestoppt worden, weil die Klägerin zunächst in ein anderes Gebäude des Klinikums habe verlegt werden müssen. Der Eingriff habe deshalb schon gar nicht in dem von Umbauarbeiten betroffenen Klinikum N durchgeführt werden dürfen. Folge des Eingriffs sei die rechtsseitige Hemiparese und das Auftreten epileptischer Anfälle. Die Klägerin sei vor dem Eingriff vom 12.01.1998 auch nicht über die mit einer Embolisation einhergehenden, nicht kalkulierbaren Schädigungsrisiken aufgeklärt worden. Bei ordnungsgemäßer Aufklärung hätte sie sich 15

gegen eine Embolisation entschieden.

Die Klägerin beantragt,	16
unter Abänderung des angefochtenen Urteils	17
1.	18
den Beklagten zu verurteilen, an sie ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 150.000,-- Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 16.04.2002 zu zahlen,	19
2.	20
festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, ihr alle materiellen sowie alle weiteren künftig entstehenden immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihr aus den Eingriffen am 12. und 13.01. sowie am 04.03.1998 entstanden sind und noch entstehen werden, soweit die materiellen Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.	21
Der Beklagte beantragt,	22
die Berufung zurückzuweisen.	23
Der Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil, soweit die Klage abgewiesen worden ist. Er macht im Wesentlichen geltend:	24
Der Eingriff vom 12.01.1998 sei fehlerfrei ausgeführt worden. Weil es sich um einen gefäßreichen Tumor mit Durchsetzung der harten Hirnhaut, des Schädelknochens und des Unterhautgewebes gehandelt habe, sei eine hinsichtlich der Blutstillung sehr heikle Tumoroperation zu erwarten gewesen. Deshalb sei die überreichliche Blutversorgung des Operationsgebietes zumindest teilweise durch die Embolisation zurückgeführt worden. Die Verschleppung von Embolisat in die Arterie sei schicksalhaft und während der Embolisation nicht vorhersehbar gewesen. Die Klägerin sei vor dem Eingriff vom 12.01.1998 durch die Ärzte der neuro-chirurgischen Klinik ordnungsgemäß und sachgerecht über eine Vielzahl von hochgradigen Risiken und Komplikationen der Embolisation aufgeklärt worden und habe die möglichen Gefahren des erforderlichen Eingriffs auch erkannt. Sie sei ausweislich des Aufklärungsmerkblatts u. a. auch über das Risiko einer Sehstörung aufgeklärt worden. Auch die Operation vom 13.01.1998 sei fachgerecht durchgeführt worden. Die Versorgung mit dem Goretexpatch sei sachgerecht und ohne Verstoß gegen den medizinischen Standard gewesen. Bei dem Vernähen von Kunststoff mit Hirnhaut verbleibe systemimmanent das von der Nadel verursachte Loch. Die Nähte würden deshalb – wie hier – mit Fibrinkleber oder Tabotamp abgesichert werden. Das Verbleiben kleinerer Löcher sei ein schicksalhafter Verlauf.	25
Die Wundrevision vom 04.03.1998 sei lege artis ausgeführt worden. Wegen einer postoperativ festgestellten beinbetonten Hemiparese sei die Computertomographie veranlaßt worden. Anschließend sei sofort operiert worden, um die – nur sehr schwer zu erklärende und hochgradig unwahrscheinliche – intracerebrale Blutung auszuräumen. Ein großer epileptischer Anfall sei der Grund für die Einweisung der Klägerin in das Krankenhaus gewesen. Es habe folglich die Geschwulst – und nicht deren Entfernung – zu einer erhöhten Krampfbereitschaft des Gehirns geführt. Ebenso habe die Klägerin bereits vor den Eingriffen im Krankenhaus des Beklagten unter Störungen des Gleichgewichtsorgans gelitten.	26

Insgesamt seien sämtliche nach den Eingriffen festzustellenden Gesundheitsbeeinträchtigungen der Klägerin nicht Folge eventueller Behandlungsfehler, sondern schicksalhaft bedingt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die beigezogenen Behandlungsunterlagen, das Sitzungsprotokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 09.03.2005 über die ergänzende Anhörung der Sachverständigen Prof. Dr. Y und Dr. C Bezug genommen. 27

II. 28

Die Berufung der Klägerin ist nur zum Teil begründet. 29

Der Klägerin steht gegenüber dem Beklagten gem. den §§ 823 Abs. 1, 831, 31, 847 a. F. BGB bzw. – soweit materielle Schäden in Rede stehen – aus Schlechterfüllung des Behandlungsvertrags i. V. m. § 278 BGB ein Anspruch auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes für den Verlust der Sehkraft des rechten Auges und auf Feststellung der Schadensersatzpflicht des Beklagten für die materiellen Schäden und etwaige weitere immaterielle Schäden aus der Fehlbehandlung vom 12.01.1998 zu. Im übrigen bestehen keine Ansprüche der Klägerin. 30

In der medizinischen Beurteilung des Geschehens macht sich der Senat die Feststellungen der Sachverständigen Prof. Dr. Y und Dr. C zu eigen, die ihr jeweiliges Gutachten auch bei der Anhörung in zweiter Instanz eingehend und auch sachlich überzeugend begründet haben. 31

1. 32

Das Landgericht hat es auf der Grundlage der vorgenannten Sachverständigengutachten zutreffend als behandlungsfehlerhaft angesehen, daß die Ärzte der neuro-radiologischen Abteilung des Klinikums N die am 12.01.1998 bei der Klägerin durchgeführte Embolisation fortgesetzt haben, obwohl sich im Rahmen der Sondierung die für die Klägerin gefährliche Kombination von zu proximaler Katheterlage, gefährlichen Anastomosen und zu kleinen Embolisationspartikeln ergeben hatte. Damit war absehbar, daß eine Fehlembolisation folgen könnte. Diesen Behandlungsfehler muß sich der Beklagte als Träger des Klinikums N zurechnen lassen. 33

Die zunächst durchgeführte Embolisation der Arteria meningea media links verlief sehr erfolgreich. Die danach vorgenommene Sondierung der Arteria meningea media rechts ist den behandelnden Ärzten wegen der anatomischen Gegebenheiten (auf der rechten Seite des Meningeoms lag eine andere Versorgung der Blutgefäße vor als links) nur bis in Höhe des Foramen spinosum gelungen. Diese Katheterlage war aber für eine Embolisation nicht sicher, weil rechts eine angiographisch nachgewiesene, gefährliche Anastomose vorlag. 34

Eine Embolisation mit Partikeln der Größe von 50 Mikrometer – deren Durchmesser damit kleiner als die vorhandene Anastomose war – hätte an dieser nicht tumornahen (Katheter-) Position auf keinen Fall erfolgen dürfen. Die Gefahr einer Verschleppung von Embolisationsmaterial aus den Ästen der Arteria meningea media in das Stromgebiet der Arteria ophthalmica – die u. a. das Auge versorgt – mußte den behandelnden Ärzten bekannt sein. Deshalb wäre es vor einer Embolisation in jedem Fall erforderlich gewesen, anhand der angiographischen Aufnahmen eine exakte anatomische Gefäßanalyse vorzunehmen. Diese 35

ist hier nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. C aber nicht erfolgt, so daß die behandelnden Ärzte „das Problem nicht erkannt“ haben – für den Sachverständigen die einzige Deutungsmöglichkeit – und eine relativ ungesteuerte Embolisation vornahmen.

2. 36

a. 37

Die Erblindung des rechten Auges der Klägerin ist als Folge dieser Fehlembolisation anzusehen. Vor der Embolisation vom 12.01.1998 zeigte die Angiographie bei der Klägerin eine kräftige Arteria ophthalmica, während dort nachher ein distaler Verschuß vorlag. Das Kontrastmittel hatte auch den ophthalmischen Anfangsteil der Arteria meningea media gefüllt, so daß die Arteria ophthalmica schließlich durch die Embolisationspartikel verschlossen worden war. Dementsprechend hat der Sachverständige Embolisationschäden in der Retina und in den Endästen der Arteria cerebri media festgestellt. Dies führte zu einer irreversiblen ischämischen Schädigung der Netzhaut. Die Erblindung auf dem rechten Auge und die – klinisch wenig bedeutsame – Infarzierung in den rechtsseitigen Basalganglien waren die Folge. 38

b. 39

Dem gegenüber konnten die von der Klägerin geltend gemachten Gleichgewichts- und Hörstörungen nicht als Folge der Fehlembolisation festgestellt werden. Den dementsprechenden positiven Nachweis hierfür hat die Klägerin nicht führen können. 40

Dem Beklagten ist zwar ein grober Behandlungsfehler anzulasten, so daß ihn die Beweislast dafür trifft, daß dieser Fehler sich nicht ursächlich ausgewirkt hat. Diesen Beweis hat der Beklagte aber geführt: 41

Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. C ist eine optimale und sichere Position für eine Embolisation nur dann gegeben, wenn der Katheter praktisch unmittelbar vor dem Tumor liegt, weil dann eine Verschleppung der Embolisationspartikel in andere Gefäßareale unwahrscheinlich ist. Eine solche Katheterlage war bei der Sondierung auf der rechten Seite den Meningeoms aber nicht gegeben. Bei der dort nur proximalen Lage des Katheters war deshalb in jedem Fall mit gefährlichen Anastomosen zu rechnen. Die Sondierung der Arteria meningea media stellte sich insoweit als besonders kritisch dar, weil diese „ein Paradebeispiel“ ist für ein Gefäß, das reichlich Anastomosen besitzt, insbesondere auch zu der inneren Hirnschlagader und der Augenschlagader. Aus diesem Grund enthält jedes Lehrbuch über Embolisation bei der Arteria meningea media eine Warnung vor gefährlichen Anastomosen. 42

Bei der Kombination von schlechter Katheterlage, gefährlichen Anastomosen und Verwendung von Embolisationspartikeln der Größe 50 Mikrometer standen die Ärzte der Beklagten somit vor der Abwägung, ob die Embolisation fortgesetzt werden soll oder größere Partikel verwendet werden müssen. Unter Berücksichtigung der anatomischen Gegebenheiten hätten aber derart große Partikel Verwendung finden müssen, daß die einzige verbleibende Alternative der Abbruch der Embolisation war. Für den Fall des Fortsetzens war nach Ausführung des Sachverständigen absehbar, daß es zu einer Fehlembolisation kommen könnte. Diese Problemsituation mußte den behandelnden Ärzten bewußt sein, so daß es nach der Bewertung des Sachverständigen „schlechterdings unverständlich“ und gewissermaßen ein Verstoß gegen das „Dickgedruckte der Neuroradiologie“ war, daß der Eingriff nicht abgebrochen wurde. 43

Obwohl dieser grobe Behandlungsfehler grundsätzlich geeignet gewesen sein mag, bei der Klägerin Gleichgewichts- und Hörstörungen zu verursachen, hat der Sachverständige Dr. C einen solchen Kausalzusammenhang aber für gänzlich und extrem unwahrscheinlich erachtet, weil sonst ausschließlich das Gleichgewichtsorgan im Innenohr geschädigt worden sein müßte. Das hat er aber als sehr theoretisch und konstruiert bewertet. Der Sachverständige Prof. Dr. Y hat einen Zusammenhang zwischen dem groben Behandlungsfehler und den geklagten Gleichgewichts- und Hörstörungen für ausgeschlossen gehalten. Der Senat schließt sich diesen im Kern übereinstimmenden Bewertungen beider Sachverständiger an. 44

3. 45

Der Senat erachtet für die Folgen des groben Behandlungsfehlers einen Schmerzensgeldkapitalbetrag in Höhe von 35.000,-- Euro für angemessen (§ 847 a. F. BGB). Bei der Bemessung hat der Senat sich von der Erwägung leiten lassen, daß die zum Zeitpunkt der Fehlembolisation 54 Jahre alte Klägerin durch den Verlust der Sehkraft auf ihrem rechten Auge in ihrer Gesundheit erheblich geschädigt und ihre Lebensqualität zusätzlich stark eingeschränkt worden ist. Dabei waren auch die mit dem Sehverlust einhergehenden, bereits entstandenen und künftig voraussehbaren psychischen Belastungen zu berücksichtigen, mag auch - wie der Ehemann der Klägerin im Senatstermin erklärt hat – die Erblindung des rechten Auges im Verhältnis zu den übrigen körperlichen Beeinträchtigungen der Klägerin eine eher untergeordnete Rolle spielen. 46

4. 47

Weitere Behandlungsfehler der sie versorgenden Ärzte im Klinikum N und daraus resultierende gesundheitliche Beeinträchtigungen hat die Klägerin nicht bewiesen: 48

a. 49

Die bei der Klägerin am 13.01.1998 durchgeführte Operation des Meningeoms ist fachgerecht ausgeführt worden. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. Y konnte der dabei eingetretene Defekt der harten Hirnhaut wegen der Verwachsungen mit dem Tumor auch bei größter ärztlicher Sorgfalt nicht immer verhindert werden. Die Verwendung eines Goretex-Patch für die erforderliche Duraplastik entsprach auch gutem Facharztstandard, weil Goretex den Vorteil hat, sehr dicht zu sein. Wegen der hierfür notwendigen Naht ist zwar ein Liquorleck schon systemimmanent vorhanden, vorliegend sind aber nach den Erkenntnissen des Sachverständigen Prof. Dr. Y die Nähte zusätzlich mit Fibrinkleber und Tabotamp abgesichert worden. 50

Kommt es – wie hier – trotz dieser Maßnahmen zu einem Leck und nachfolgend zu der Ausbildung eines Liquorkissens, ist hierin kein Behandlungsfehler zu sehen. Denn eine garantierte Dichtigkeit ist weder bei der Verwendung von Goretex – dem hierfür besten verfügbaren Kunstprodukt – noch bei der Verwendung von körpereigenen Materialien gegeben. Zudem ist Liquor fibrinolytisch, d. h. auflösend, so daß im Ergebnis eine Undichtigkeit trotz größter Vorsicht nicht immer zu vermeiden ist. 51

b. 52

Nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. Y ist auch die operative Wundrevision vom 04.03.1998 fachgerecht erfolgt. Warum es hier gleich nach der Operation zu einer intracerebralen Blutung kam, ist auch für den Sachverständigen weiterhin „völlig 53

schleierhaft“ geblieben. Denn im Rahmen dieser Operation verbleibt der behandelnde Arzt nur an der Oberfläche des Gehirns, so daß auch nur kleine, rindennahe Blutgefäße verletzt werden könnten. Schließlich habe ja – so der Sachverständige weiter – keiner dort „hineingestochen“, so dass es zu einer Blutung im Gehirn gekommen wäre. Deshalb gebe es für ihn mehrere, wenn auch letztlich nur theoretische medizinische Begründungsansätze für eine intracerebrale Blutung, etwa eine Rückausdehnung des Gehirns in die ausgeräumte Tumorkhöhle oder einen Druckausgleich innerhalb der Gefäße; allerdings seien diese Ursachen wenig wahrscheinlich und wären eher in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Tumoroperation vom 13.01.1998 vorstellbar gewesen. Insgesamt aber läßt sich eine Verkettung von medizinischen Komplikationen, auch wenn sie schwer erklärbar sein mögen, nicht ausschließen. Jedenfalls kommt im Ergebnis etwa ein Rückschluß dahingehend, dass die Blutung nur als typische Folge eines fehlerhaften Vorgehens der Ärzte des Beklagten vorstellbar sei, nicht in Betracht. Für die Anwendung von Anscheinsgrundsätzen ist wegen der Komplexität der medizinischen Gesamtsituation und deshalb fehlender Typizität kein Raum.

Auch kommen weder eine Unterkühlung der Klägerin zum Zeitpunkt der Wundrevision noch eine hierdurch ausgelöste Gerinnungsstörung als ursächlich oder auch nur mitursächlich für die intracerebrale Blutung in Betracht. Während eine Unterkühlung unterhalb einer Körpertemperatur von etwa 33 Grad Celsius anzunehmen ist, wurde die Körpertemperatur der Klägerin anlässlich der Operation vom 04.03.1998 auf übliche 34,5 bis 35 Grad Celsius verringert. Zudem wäre nach den Ausführungen des Sachverständigen eine Blutung dann nur im „frischen“ Operationsgebiet zu erwarten gewesen, nicht aber im Bereich der „alten“ Tumoroperation. Eine Gerinnungsstörung ist wegen der hierfür zu hoch liegenden Körpertemperatur der Klägerin ohnehin nicht anzunehmen, eine solche hat der Sachverständige auch nicht festgestellt. 54

Schließlich hat der Sachverständige sowohl eine - andernfalls fehlerhafte - Medikation mit Aspirin zeitnah vor der Operation vom 04.03.1998 ausschließen können als auch ein zu schnelles Aufwärmen der Klägerin nach der Operation. Insoweit ist nach seinen Ausführungen die Aufwärmgeschwindigkeit im Hinblick auf die intracerebrale Blutung ohnehin ohne Bedeutung. 55

Der Zinsanspruch folgt aus den §§ 288 Abs. 1, 291 BGB, Art. 229 § 1 Abs. 1 S. 3 EGBGB. Die Zinsmehrforderung unterlag, weil bereits vor dem 01.05.2000 fällig, der Abweisung. 56

Die prozessualen Nebenentscheidungen resultieren aus den §§ 92, 97, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 57

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO nicht vorliegen. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichts nicht. 58

Die Beschwerde der Klägerin übersteigt 20.000,-- Euro. 59