
Datum: 10.11.2008
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 2/08
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2008:1110.3U2.08.00

Vorinstanz: Landgericht Bielefeld, 4 O 515/06

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 06.11.2007 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Bielefeld wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der Kläger erlitt am 25.12.2003 im Alter von 49 Jahren infolge einer Arteria-carotis-interna-Dissektion links einen ischämischen Mediateilinfarkt mit sensorischer Aphasie; er wurde - nachdem er selbst in Begleitung seiner damaligen Lebensgefährtin die Notaufnahme im Klinikum Y aufgesucht hatte - dort initial vom 25. - 27.12.2003 behandelt. Kommunale Trägerin dieses Klinikums ist die Beklagte zu 1); die Beklagte zu 2) war am Tag des Schlaganfallereignisses zur Zeit der Vorstellung des Klägers diensthabende Ärztin der dortigen internistischen Notaufnahme.

1

2

3

Der Kläger verlangt wegen der vermeintlich fehlerhaften Diagnostik und Behandlung seiner Erkrankung durch die Ärzte des Klinikums Y Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes (Größenvorstellung 100.000,- €), den Ersatz bezifferter Verdienstausschläge und die Feststellung der weitergehenden gesamtschuldnerischen Ersatzpflichtigkeit der Beklagten in materieller und immaterieller Hinsicht.	4
Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die Feststellungen des landgerichtlichen Urteils mit der Maßgabe Bezug genommen, dass zwischen den Parteien streitig ist, ob der auf den Patientenaufklebern der Dokumentation vermerkte Uhrzeitvermerk „17.47 Uhr“ dem Zeitpunkt der Patientenaufnahme an der Klinikpforte entspricht (§ 540 I 1 ZPO).	5
Das Landgericht Bielefeld hat das - in erster Instanz hinsichtlich der verlangten Verdienstausschlagrente noch umfangreichere - Klagebegehren nach schriftlicher und ergänzender mündlicher Befassung des neurologischen Sachverständigen Dr. L2 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt :	6
Die beim Kläger eingetretenen Gesundheitsschäden seien nicht auf Behandlungsfehler im Klinikum Y zurückzuführen.	7
Zwar sei es fehlerhaft gewesen, bei dem Kläger angesichts der zutreffend gestellten Verdachtsdiagnose eines ischämischen Hirninfarktes erst am Morgen des 27.12.2003 eine Gefäßdiagnostik durchzuführen; hierdurch sei ihm jedoch kein Gesundheitsschaden entstanden. Dem Kläger kämen hinsichtlich der Kausalität keine Beweiserleichterungen zugute; es handele sich bei der Gefäßdiagnostikverzögerung um kein grobes ärztliches Versäumnis; auch nach Befunderhebungsgrundsätzen sei keine Schadensursächlichkeit zu vermuten. Der bei der spätestens nach 24 Stunden gebotenen Diagnostik mit aller Wahrscheinlichkeit zu erwartende Nachweis einer Dissektion der Arteria carotis interna würde lediglich den früheren Beginn einer Antikoagulationstherapie nach sich gezogen haben; diese Therapie verbessere jedoch nicht die bereits eingetretenen Symptome, sondern diene nur der Vorbeugung weiterer Schlaganfälle und Symptomverschlechterungen, wozu es vorliegend nach Aussage des Sachverständigen mit Sicherheit nicht gekommen sei. Der gänzlich unwahrscheinliche Beitrag der verzögerten Gefäßdiagnostik zu dem Umfang der Gesundheitsbeeinträchtigungen stehe jeglicher Beweiserleichterung nach Arzthaftungsgrundsätzen entgegen.	8
Der vor der Ankunft im Klinikum Y eingetretene Schlaganfall des Klägers habe auch nicht durch eine Thrombolyse mit dem Ziel einer schnelleren oder besseren Symptomrückbildung behandelt werden müssen. Nach den Angaben des Sachverständigen sei die Thrombolyse bei Schlaganfallpatienten mit isolierten Sprach- oder Sprachverständnisstörungen ohne motorische Defizite nicht indiziert, so dass dahin stehen könne, ob das für eine solche Therapie vorgeschriebene enge Zeitfenster bei der Vorstellung des Klägers im Klinikum Y überhaupt noch habe genutzt werden können.	9
Der (seinerzeit nicht vital bedrohte) Kläger habe nach der Sachverständigeneinschätzung zudem weder in die neurologische Abteilung eines für die Behandlung von Schlaganfallpatienten ausgerüsteten Krankenhauses noch auf eine Intensivstation im Klinikum der Beklagten verlegt werden müssen. Zudem sei dem Kläger durch die Unterlassung solcher Verlegungsmaßnahmen kein Gesundheitsschaden entstanden.	10
Mit seiner form- und fristgerecht eingelegten Berufung wendet sich der Kläger unter Vertiefung seines erstinstanzlichen Vorbringens gegen die landgerichtliche Abweisung seiner	11

Klage. Unter Vorlage zweier schriftlicher Privatgutachten der Neurologin Dr. T2 und unter Berufung auf deren ergänzende Ausführungen im Senatstermin macht der Kläger geltend, das angefochtene Urteil beruhe auf unzutreffenden Sachverständigenaussagen des Dr. L2 zum Standard der Schlaganfallbehandlung im Jahre 2003. Bei richtiger medizinischer Bewertung seien den Behandlern der Beklagten zu 1) jedoch diverse (grobe) Diagnostik- und Behandlungsfehler unterlaufen, für die sie haften müssten.

Zunächst sei eine rechtzeitige symptomrückbildende Thrombolysebehandlung unterblieben, für deren zwingend indizierte Einleitung binnen des 3-Stunden-Zeitfensters ab Symptombeginn (d.h. dem Beginn der Sprachstörung gegen 15 Uhr) man habe - entsprechend den geltenden Leitlinienvorgaben - sorgen müssen. Die rechtzeitige Thrombolyse sei dadurch versäumt worden, dass man nicht die gebotene Einstufung als Notfall mit sofortiger ärztlicher Untersuchung, keine genaue ärztliche Anamnese zum Symptombeginn und kein frühzeitigeres CT nebst früherer Gefäßdiagnostik durchgeführt habe. Fehlerhaft sei auch die unterlassene Heparinisierung noch am Abend des 25.12.2003, die unterlassene Verlegung in ein Krankenhaus mit stroke-unit und die unterlassene Hinzuziehung eines Neurologen gewesen. 12

Der Kläger macht geltend, er habe infolge seiner trotz intensiver Therapie verbliebenen Sprachschwierigkeiten zum 30.09.2006 seine frühere Arbeitsstelle als Verkaufsleiter und Prokurist des Reclam-Verlages verloren. Er macht - unter Weiterverfolgung seines Schmerzensgeld- und Feststellungsbegehrens - bei Reduzierung seines ursprünglichen Verdienstaufsetzbegehrens nunmehr rückständige Verdienstaufsetzschäden seit Oktober 2006 und fortlaufenden Verdienstaufsetz bis einschließlich Februar 2020 geltend. Wegen der Einzelheiten wird auf die Berechnungen im Schriftsatz vom 29.09.2008 (Bl. 424 ff. GA) verwiesen. 13

Der Kläger beantragt, 14

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz nach § 247 BGB seit dem 15.11.2006 zu zahlen; 15

2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 16

a) 167.378,08 € rückständige Rente nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit und 17

b) ab dem 01.10.2008 bis zum 29.02.2020 eine monatlich im Voraus bis spätestens zum Dritten eines jeden Monats zu entrichtende Rente von 7.411,37 € pro Monat zu zahlen; 18

3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche weiteren materiellen und weiteren künftigen derzeit nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihm aus der ärztlichen Behandlung im Klinikum Y vom 25. - 27.12.2003 entstanden sind oder noch entstehen, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen. 19

Die Beklagten beantragen, 20

die Berufung des Klägers zurückzuweisen. 21

Sie verteidigen die klagabweisende Entscheidung unter Hinweis auf die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. L2 und die ihrer Ansicht nach unzutreffenden 22

Unterstellungen der Berufung zum zeitlichen Ablauf. Die Beklagten vertreten die Auffassung, es habe schon deshalb an der Indikation für eine Thrombolyse mit rtPA gefehlt, weil der Kläger nach der maßgeblichen Skala „NIHSS“ nur 2 Punkte aufgewiesen habe, wobei die Indikation erst bei einem Wert > 5 Punkte beginne. Weil es keine weiteren Schlaganfälle oder sonstige Gesundheitsschädigungen gegeben habe, die durch die vom Kläger geforderten Maßnahmen hätten verhindert werden müssen, seien die erhobenen Beanstandungen des Behandlungsgeschehens ohne Belang für den Krankheitsverlauf und die Residuen des Schlaganfalls gewesen. Bei den zeitlichen Anforderungen des Klägers lasse dieser zu Unrecht außer Acht, dass er sich ausweislich der Dokumentation in der Aufnahmesituation sehr unkooperativ gezeigt habe und überhaupt erst nach längeren Diskussionen zum Bleiben bereit gewesen sei, was gewisse unvermeidliche Verzögerungen bedingt habe.	
Die Beklagten stellen in Abrede, dass die gegenüber dem Kläger ausgesprochene Kündigung auf den Folgen des am 25.12.2003 erlittenen Schlaganfalls und etwaiger ärztlicher Versäumnisse im Klinikum Y beruhe.	23
Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst deren Anlagen und den Berichterstattevermerk vom 11.11.2008 (Bl. 493 ff. GA) Bezug genommen.	24
Der Senat hat den Kläger und die Beklagte zu 2) persönlich angehört und die vom Kläger benannte Zeugin X uneidlich vernommen; er hat nach Maßgabe des Beweisbeschlusses vom 19.05.2008 (Bl. 349 ff. GA) eine ergänzende neurologische Stellungnahme des Sachverständigen Dr. L2 eingeholt, die dieser im Senatstermin am 10.11.2008 mündlich erläutert hat. Wegen des Ergebnisses der Parteianhörung und Beweisaufnahme wird auf das Protokoll des Senatstermins vom 10.11.2008 (Bl. 487 f. GA) und den dazu gefertigten Berichterstattevermerk (Bl. 493 ff. GA) verwiesen.	25
II.	26
1. Die zulässige Berufung des Klägers ist in der Sache unbegründet. Ihm stehen unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt Schadensersatzansprüche wegen der streitgegenständlichen stationären Behandlung vom 25. - 27.12.2003 gegen die Beklagten zu.	27
Der Senat vermag nach erneuter vertiefter Befassung mit den streitgegenständlichen Behandlungsabläufen ebenso wenig wie das Landgericht festzustellen, dass dem Kläger behandlungsfehlerhaft eine rekanalisierende Thrombolysetherapie vorenthalten worden ist. Die umfassende Überprüfung des Behandlungsgeschehens im Klinikum Y hat darüber hinaus ergeben, dass es zu keinerlei diagnostischen oder therapeutischen Versäumnisse gekommen ist, die dem Kläger gesundheitlich nachteilig waren.	28
2. In seiner Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes folgt der Senat den Ausführungen des neurologischen Sachverständigen Dr. L2, der dem erkennenden Fachsenat für Arzthaftungssachen aus verschiedenen Verfahren als sehr sorgfältig, zuverlässig und kompetent bekannt ist. Auch im vorliegenden Rechtsstreit hat Dr. L2 unter umfassender Auswertung des Akteninhaltes wie der aus der Beweisaufnahme gewonnenen ergänzenden Erkenntnisse in jeder Hinsicht nachvollziehbare und schlüssige Gutachten erstattet.	29
Überzeugend hat er insbesondere zur Behandlungsfehlerfrage das Augenmerk konkret auf den im hier strittigen Behandlungszeitraum herrschenden Standard deutscher Krankenhäuser gelegt; ausgewogen und differenziert hat sich Dr. L2 ferner mit den - zwischenzeitlich etwas	30

modifizierten - Inhalten der einschlägigen Leitlinien zur Schlaganfallbehandlung sowie mit deren Verhältnis zur damals anerkannten Krankenhauspraxis auseinander gesetzt; auch die einschlägigen Fachinformationen der Herstellerfirma des Thrombolysewirkstoffs rtPA hat er nachvollziehbar in seine Überlegungen einbezogen. Die mündlichen Gutachtererläuterungen Dr. L im Senatstermin zeugten von seiner hohen Sachkompetenz und zeichneten sich durch die widerspruchsfreie Auswertung der beigezogenen Behandlungsunterlagen wie der Zeugenaussagen aus.

Die auf die privatgutachterlichen Ausführungen der Frau Dr. T2 gestützten medizinischen Einwendungen des Klägers vermochte Dr. L2 (wie nachfolgend dargestellt) bei seiner ergänzenden Anhörung vor dem Senat uneingeschränkt überzeugend zu entkräften, soweit die Privatgutachterin nicht ohnehin seinen medizinischen Einschätzungen weitgehend beigepflichtet hatte. Zu der von Dr. L2 und Dr. T2 abweichend beurteilten Frage nach der Indikation für eine Lysetherapie haben den Senat die Argumente des gerichtlichen Sachverständigen neben den bereits angeführten Gesichtspunkten auch deshalb überzeugt, weil seine zurückhaltende und abwägende Indikationsbeurteilung sich mit den Sachverständigenausführungen deckt, die das OLG München seiner Entscheidung vom 03.05.2007 (1 U 4284/06) zugrunde gelegt hatte, in der Arzthaftpflichtfragen im Zusammenhang mit einer ebenfalls im Jahre 2003 unterbliebenen Schlaganfalllyse zu beurteilen waren.

31

Veranlassung zur Beauftragung eines Obergutachtens nach § 412 ZPO - wie vom Kläger beantragt - bestand daher nicht. Dies gilt ungeachtet dessen, dass sowohl Dr. L2 als auch Dr. T2 aktuell als „qualifizierte neurologische Gutachter“ der „Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung“ zertifiziert sind und die Privatgutachterin langjährig in einer größeren neurologischen Klinik in Y2 tätig war. Eine überragende Sachkompetenz gegenüber dem gerichtlich hinzugezogenen Sachverständigen, der langjähriger Oberarzt der Neurologischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum C ist, kommt der Privatgutachterin ersichtlich nicht zu. - Die Berücksichtigung der besonderen Verfahrensgrundsätze im Arzthaftungsprozess veranlasst auch nicht stets dann die Einholung eines Obergutachtens, wenn das dem Gericht vorgelegte Privatgutachten einer Partei zu anderen medizinischen Ergebnissen als der gerichtliche Gutachter gelangt (vgl. etwa : OLG München, Urteil vom 09.06.2005 - 1 U 2805/05). Die Erhebung eines weiteren Gutachtens steht vielmehr im pflichtgemäßen Ermessen des Gerichtes, wenn es das eingeholte Gutachten für ungenügend erachtet. Ein weiteres Gutachten ist nach gefestigter Rechtsprechung dann erforderlich, wenn Widersprüche zwischen mehreren Gutachtern nicht geklärt werden können, die Sachkunde des bisherigen Gutachters zweifelhaft ist, grobe Mängel des Gutachtens vorliegen, der Sachverständige von falschen Anknüpfungstatsachen ausgeht, besonders schwierige Fragen zu entscheiden sind oder der weitere Sachverständige über überlegene Forschungsmittel verfügt (vgl. zuletzt etwa : OLG Brandenburg, Urteil vom 03.04.2008 - 12 U 190/07 m.w.N. zur Rspr.). Nichts von alledem trifft jedoch vorliegend auf die von Dr. L2 erstatteten medizinischen Gutachten zu.

32

3. Es war nicht behandlungsfehlerhaft, dem Kläger bei dessen Vorstellung mit Schlaganfallsymptomen in der Notaufnahme am Nachmittag des 25.12.2003 keine rekanalisierende Thrombolysetherapie (mit dem dafür zugelassenen Wirkstoff rtPA) angedeihen zu lassen. Dies steht nach dem Gesamtergebnis der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme auch für den Senat fest.

33

a) Nach den insoweit übereinstimmenden medizinischen Ausführungen des gerichtlichen Gutachters Dr. L2 und der Privatgutachterin Dr. T2 geht der Senat insoweit von folgenden

34

medizinischen Gegebenheiten aus:

Bei der Vorstellung des Klägers im Klinikum der Beklagten zu 1) konnte der nach einer Dissektion der linksseitigen Arteria carotis interna bereits im häuslichen Bereich eingetretene ischämische Schlaganfall als solcher nicht mehr verhindert werden. Allerdings stand schon im Dezember 2003 mit der sog. Thrombolyse unter Einsatz des Wirkstoffs rtPA grundsätzlich eine Therapieform zur Verfügung, die im Sinne einer realistischen Chance geeignet war, das Outcome des Patienten nach einem ischämischen Schlaganfall zu verbessern. Diese einzige zur Verfügung stehende Therapieform konnte mit dem Ziel einer günstigen Beeinflussung der ischämischen Ausfallsymptomatik durch Einsatz des dafür zugelassenen Medikaments Actilyse® der Fa. Z unter geeigneten stationären Bedingungen systemisch oder (selten) interarteriell eingesetzt werden. Dabei war die Thrombolyse bei akutem Schlaganfall (auch) zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung im Dezember 2003 nur mit der Einschränkung als Therapie medizinisch anerkannt, dass der Wirkstoff rtPA zur systemischen Thrombolyse binnen eines 3-Stunden-Zeitfensters ab Symptombeginn einzusetzen war; jenseits dieses Zeitfensters endete der (auf Zulassungsstudien beruhende) empfohlene Einsatzbereich von Actilyse® in der Therapie des akuten Schlaganfalls und begann - außerhalb des Behandlungsstandards - der individuelle Heilversuch. Einigkeit bestand schließlich - damals wie heute - in der Medizin darüber, dass angesichts der bekannten gravierenden (Blutungs-)Risiken der Thrombolyse bei „ganz leichten“ wie bei „schweren“ Schlaganfällen die Lyseindikation fragwürdig sei. 35

b) Hinsichtlich der Beurteilung der Frage, ob der am 25.12.2003 beim Kläger eingetretene ischämische Schlaganfall der vorstehend dargestellten Thrombolysetherapie hätte zugeführt werden müssen, folgt der Senat den überzeugenden medizinischen Ausführungen Dr. L, der unter verschiedenen Gesichtspunkten *keine zwingende Indikation zur Lyse* gesehen und ihr Unterbleiben als *medizinisch gut vertretbare ärztliche Ermessensentscheidung* bezeichnet hat. 36

aa) Es lässt sich nach Auswertung der beigezogenen Behandlungsunterlagen und als Ergebnis der Anhörung des Klägers wie der Zeugeneinvernahme seiner früheren Lebensgefährtin schon nicht feststellen, dass - bei unterstellter zügiger Abwicklung der gebotenen Eingangsuntersuchungen in der Notaufnahme - ein Beginn der Lysetherapie binnen des genannten 3-Stunden-Zeitfensters seit Beginn der Schlaganfallsymptomatik überhaupt noch möglich gewesen wäre. 37

(1) Die Beweisaufnahme hat bereits nicht ergeben, dass der Kläger in Begleitung seiner Lebensgefährtin zu einem Zeitpunkt das Klinikum der Beklagten zu 1) aufsuchte, als seine Schlaganfallsymptomatik noch keine 3 Stunden bestand. 38

In der Dokumentation der Beklagten befindet sich als Anhalt für den Aufnahmezeitpunkt der auf dem Anamnesebogen vom 25.12.2003 geheftete Patientendaten-Aufkleberausdruck der internistischen Notfallambulanz, der als Aufnahmezeitpunkt „17.47 Uhr“ aufweist. Die auf den entsprechenden Aufklebern aufgedruckte Uhrzeit fixiert – wie die persönliche Anhörung der Beklagten zu 2) zu den Abläufen im Hause der Beklagten zu 1) ergeben hat – den Zeitpunkt, zu dem die persönlichen Daten eines sich zur Notaufnahme anmeldenden Patienten an der Pforte aufgenommen werden. 39

Soweit der Kläger schriftsätzlich behauptet hat, schon zu einem deutlich vor 17.47 Uhr gelegenen Zeitpunkt - nämlich gegen 16 Uhr - an der Krankenhauspforte vorstellig geworden zu sein, vermag der Senat dies nach dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme *nicht* festzustellen. Der Kläger selbst hatte an die zeitlichen Abläufe des 25.12.2003 - aufgrund der 40

erlittenen Schlaganfallbeeinträchtigungen nachvollziehbarerweise - keinerlei verlässliche Erinnerung mehr. Auch die Zeugin X, die ihn als seine damalige Lebensgefährtin begleitet hatte, konnte zur Uhrzeit des Eintreffens keine Angaben machen. Soweit sie zu erinnern meinte, es sei bei der Hinfahrt „noch nicht dunkel“ gewesen, lässt dies keine ausreichende Überzeugungsbildung des Senates von einem gesicherten zeitlich früheren Vorstellungszeitpunkt zu. Dies gilt zum einen, weil die von der Zeugin geschilderten Abläufe bei ihrer Vernehmung durch den Senat bereits 5 Jahre zurücklagen, und zum anderen, weil die Zeugin X einräumte, „bei all den Vorkommnissen an dem Tag gar nicht auf die Uhr geguckt oder an die Zeit gedacht zu haben“. Eine hinreichend verlässliche zeitliche Einordnung der geschilderten Ereignisse zu bestimmten Tagesstunden ist dem Senat auf der Grundlage der Zeugenbekundungen daher nicht möglich. Gegen ein Eintreffen um 16 Uhr spricht zudem indiziell, dass im vorprozessualen Anspruchsschreiben des Klägersvertreters vom 25.10.2006 noch vom Eintreffen am Klinikum der Beklagten zu 1) „gegen 17 Uhr“ die Rede war.

Nach den von der Zeugin X geschilderten Abläufen im Vorfeld der Klinikaufnahme am 25.12.2003 hat der Senat auch nicht die Überzeugung gewinnen können, dass - unabhängig von den genauen Zeiten des Symptombeginns und des Eintreffens an der Notaufnahme - eine Lysetherapie jedenfalls binnen 3 Stunden seit Symptombeginn hätte eingeleitet werden können, wenn man eine zügige Abwicklung der gebotenen Eingangsuntersuchungen unterstellen würde.

41

Die Zeugin hat geschildert, dass der Kläger - nachdem man lange geschlafen habe - sich mittags beim Aufstehen nicht wohl gefühlt, nach dem Eindecken des Tisches Kopfschmerztabletten genommen und sich wieder ins Bett gelegt habe. Nach geschätzt $\frac{1}{2}$ - 1 Stunde habe sie ihn im Schlafzimmer aufgesucht und dabei erstmals Sprachprobleme bemerkt. Sie habe überlegt, was zu tun sei und ihn mühsam überzeugt, mit ihr zum Klinikum der Beklagten zu fahren. Vom ersten Bemerkten der Sprachstörungen bis zum Eintreffen im Krankenhaus sei es ca. $\frac{1}{2}$ - 1 Stunde gewesen, wobei das „ganz schwierig zu sagen“ sei.

42

Der Sachverständige Dr. L2 hat dazu in medizinischer Hinsicht ausgeführt, dass das Auftreten der Kopfschmerzen das Dissektionsereignis markiert habe und sich in den Sprachstörungen als Folge der passageren Hirnminderdurchblutungen die Schlaganfallsymptomatik manifestiert habe. Das apoplektiforme Ereignis sei unter Zugrundelegung der Zeugenangaben deshalb zeitlich auf den späten Mittag bzw. frühen Nachmittag anzusiedeln.

43

Angesichts der eingeräumten Unsicherheiten in der zeitlichen Einschätzung der Ereignisse durch die Zeugin, die bekundetermaßen „noch nicht einmal am nächsten Tag hätte sagen können, um welche Uhrzeit was passierte“, und unter Würdigung des Umstandes, dass der Kläger von der Zeugin unbeobachtet geraume Zeit im Bett liegend verbrachte (so dass der Symptombeginn nicht zwingend sofort bemerkt werden musste), bleiben vernünftige Zweifel, ob eine Lysetherapie realistischerweise binnen 3 Stunden seit dem Auftreten des apoplektiformen Ereignisses hätte begonnen werden können. Dies gilt umso mehr, als - wie Dr. L2 und Dr. T2 übereinstimmend angegeben haben - zwingend einige Voruntersuchungen zur Indikationsstellung für die Lysetherapie vonnöten waren, von denen allein eine zügige ärztliche Untersuchung mit etwa 10 Minuten zu veranschlagen war und auf sie die Durchführung von Blutentnahme sowie eines CCT's (nebst Auswertung) folgen musste. Dabei hat Dr. L2 für die Gesamtabwicklung der Voruntersuchungen etwa 1 Stunde, die Privatgutachterin immerhin allein für das Warten auf die CT-Untersuchung eine Zeit von bis zu 25 Minuten für akzeptabel erachtet.

44

Soweit anhand des im Zuge der Aufnahmeformalitäten gedruckten Patientenaufklebers in den Behandlungsunterlagen der Beklagten schließlich als gesichert gelten kann, dass der Kläger um 17.47 Uhr an der Krankenhausporte vorstellig geworden war, eröffnete dies das genannte Zeitfenster bei einem lediglich „auf den späten Mittag bzw. frühen Nachmittag“ einzugrenzenden Symptombeginn des Schlaganfalls nicht mehr, selbst wenn man die vom Kläger nach den zeitlichen Vorgaben des Privatgutachtens geforderte Abwicklung der Voruntersuchungen in deutlich weniger als einer Stunde unterstellt. 45

(2) Die Beweisaufnahme hat im Übrigen nicht ergeben, dass die Behandler im Klinikum Y nach den gebotenen Befunderhebungen zum Beginn der Symptomatik durch Befragen des Patienten und seiner Begleiterin überhaupt die Einhaltbarkeit des Zeitfensters mit der erforderlichen Sicherheit hätten bejahen können. Auch unter diesem Gesichtspunkt war es *nicht* behandlungsfehlerhaft, im Falle des Klägers am 25.12.2003 von einer Lysetherapie abzusehen. 46

Dr. L2 hat für den Senat plausibel dargelegt, dass man den Kläger *dann nicht* im Sinne einer zwingenden Indikation habe lysieren müssen, *wenn sich das 3-Stunden-Zeitfenster für einen rechtzeitigen Lysetherapiebeginn nicht mit der gebotenen Sicherheit habe beurteilen lassen*. Wie der gerichtliche Sachverständige - insoweit übereinstimmend mit der Privatgutachterin Dr. T2 - ausgeführt hat, war dabei die Anamnese des Patienten zum Eintreten des Ereigniszeitpunktes mit Blick auf die Option einer Lysetherapie von hervorstechender Wichtigkeit. Es sei zu eruieren, ob und wann ein Ereignis apoplektiform aufgetreten sei, des Weiteren, ob sich ein Ereigniszeitpunkt *definitiv festlegen* lasse. Zur Ermöglichung der ärztlichen Beurteilung des Zeitfensters von 3 Stunden bis zum spätesten Beginn der Thrombolyse müsse der Symptombeginn *im Zeitpunkt klar und eindeutig* festzulegen sein. Die Notwendigkeit der Klärung des exakten Zeitpunktes folge aus der (nach wie vor) beschränkten Zulassung von Actilyse® zur Therapie des akuten Schlaganfalls und dem Umstand, dass nach schon damals bekannt gewordenen Studienergebnissen der Effekt einer intravenösen Lysetherapie außerhalb des 3-Stunden-Zeitfensters mit dem Risiko gravierender Nebenwirkungen in Form von schwerwiegenden intrazerebralen Blutungen erkauft werde. 47

Der Senat folgt dem gerichtlichen Sachverständigen auch in diesem Punkt. Für die Richtigkeit seiner diesbezüglichen Ausführungen spricht, dass die zu den Akten gereichte Fachinformation der Arzneimittelherstellers Z als „Gegenanzeige“ für die Lysebehandlung des akuten ischämischen Schlaganfalls nicht nur den *Beginn der Insultsymptome vor mehr als 3 Stunden*, sondern auch den *zeitlich unbekannten Beginn der Symptomatik* anführt. Auch die im Dezember 2003 bereits erlassene Leitlinie der deutschen Neurologischen Gesellschaft zur akuten zerebralen Ischämie sprach die Empfehlung aus, eine intravenöse Lysebehandlung solle *nicht* durchgeführt werden, wenn der Symptombeginn länger als 3 Stunden zurückliegen *könnte*; dies schließe *Schlaganfälle ein, die beim Aufwachen des Patienten festgestellt würden*. Schließlich korreliert die von Dr. L2 betonte *Notwendigkeit eines klaren Symptombeginns zur Indikationsstellung* für eine Lysetherapie mit den medizinischen Ausführungen, die das OLG München - sachverständig beraten - seiner bereits zitierten Entscheidung vom 03.05.2007 - 1 U 4284/06 zugrunde gelegt hat, so dass etwaig verbleibende zeitliche Unklarheiten zum Beginn der Symptomatik das Absehen von einer Thrombolyse rechtfertigen. 48

Überzeugend hat der Sachverständige Dr. L2 anhand der Anamnesedokumentation der Beklagten unter Hinzuziehung der Informationen aus der Parteianhörung und der Zeugeneinvernahme aufgezeigt, dass hier - auch bei der gebotenen zielgerichteten 49

Anamneseerfassung - Zweifel in der Beurteilung des Zeitfensters verblieben, so dass man einen „unbekannten Symptombeginn“ habe konstatieren müssen:

Zunächst waren von dem konfabulierenden Patienten selbst keine verlässlichen Informationen zu erlangen; selbst unter Zugrundelegung der von seiner Begleiterin (der Zeugin X) geschilderten Abläufe verblieb - so der Sachverständige im Senatstermin - eine unsichere Spannbreite, wann es zum erstmaligen Eintritt der Schlaganfallsymptomatik gekommen war, weil der Patient im Bett gelegen hatte und seine Sprachauffälligkeit erst beim Hinzukommen der Lebensgefährtin bemerkt wurde. Dr. L2 hat angesichts der Schilderungen der Zeugin X im Senatstermin und der von ihr zugestandenen Schwierigkeiten, *schon zum damaligen Zeitpunkt* verlässliche zeitliche Angaben machen zu können, nicht erkennen können, dass im Hause der Beklagten eine tatsächlich mögliche ärztliche Klärung des Zeitfensters zur Lyse versäumt worden wäre. Dies hatte die Privatgutachterin des Klägers jedoch bei der Formulierung ihres Behandlungsfehlervorwurfes ohne ausreichende tatsächliche Grundlage unterstellt - obschon die Beklagte zu 2) bei ihrer Anhörung glaubhaft angegeben hatte, durchaus bei derartigen Gelegenheiten nachzufragen, wann die geschilderte Symptomatik passiert sei. Aus der niedergelegten Dokumentation zur Aufnahmeanamnese im Hause der Beklagten zu 1), die keine näheren Angaben zu den Zeiten der mitgeteilten Symptomatiken enthält, folgt nichts Anderes. Dr. L2 hat das Fehlen entsprechender zeitlich exakter Anknüpfungspunkte in der Anamnesedokumentation anhand seiner Erfahrung mit derartigen Anamneseerhebungen für plausibel gehalten, weil man in solchen Situationen selbst bei bohrender Befragung häufig nur so unscharfe zeitliche Angaben bekomme, wie sie die Zeugin bei ihrer Aussage geliefert habe. Dies sei im vorliegenden Fall eines ischämischen Insultes nach arterieller Dissektion auch auf den medizinisch erklärbaren Umstand zurückzuführen, dass die Symptome sich „fluktuierend, schleichend und stotternd“ und nicht „plötzlich und einmalig“ präsentierten, was die erforderliche definitive Klärung des Beginnzeitpunktes der Schlaganfallsymptomatik durch (fremd)anamnestische Befragung für den Arzt deutlich erschwere.

50

(3) Der Senat vermag nach alledem nicht festzustellen, dass unter dem Gesichtspunkt der zeitlich begrenzten Indikationsstellung im Falle des Klägers eine mögliche Lysetherapie unterblieb - sei es durch ärztliche Fehlbeurteilungen des Zeitfensters zu seinen Lasten, sei es durch vermeidbare Verzögerungen bei oder im Vorfeld der Therapieentscheidung.

51

bb) Das Unterbleiben einer systemischen Thrombolyse hätte im Falle des Klägers letztlich auch dann nicht gegen den Behandlungsstandard verstoßen, wenn man (mit der gebotenen Sicherheit) das dreistündige Zeitfenster bis zum Therapiebeginn noch hätte einhalten können.

52

(1) Mit Recht hat das Landgericht den Ausführungen des Sachverständigen Dr. L2 entnommen, dass die (unstreitig risikobehaftete) Thrombolyse im Dezember 2003 nicht zum Standard der deutschen Krankenhausbehandlung gehörte, soweit es sich - wie im Fall des Klägers - um isolierte Sprach- oder Sprachverständnisstörungen handelte. Dr. L2 hat insoweit auch in der Berufungsinstanz bekräftigt, dass die intravenöse Lysetherapie (selbst heute noch) als üblicher Standard nur bei der Kernzielgruppe des sog. mittelschweren Schlaganfalls mit Halbseitensymptomatik und in der Regel nicht bei isolierten Ausfällen geringeren Ausmaßes durchgeführt wird. Auch heute noch sei es keineswegs üblich, Patienten mit einem leichten Schlaganfall zu lysieren, so dass man mit höchster Wahrscheinlichkeit selbst in einem Zentrum mit großer Expertise im Bereich der Schlaganfalllyse bei einer derartig geringen Symptomatik von einer Thrombolyse abgesehen haben würde. Diese eingeschränkte Indikationsbeurteilung liegt - so der Gutachter - darin begründet, dass angesichts therapieimmanenter Risiken, die gegen den zu erwartenden Therapiebenefit

53

abzuwägen seien, das Nutzen-Risiko-Verhältnis bei sehr leichten Schlaganfällen aufgrund von Studienergebnissen ungünstiger bewertet werde. Auf diesem Hintergrund sehe selbst heute noch - nach einigen Jahren Therapieerfahrung - die aktuelle Herstellerinformation zum Wirkstoff Actilyse® keine zwingende Indikation bei ischämischen Schlaganfällen vor, die nach den gängigen Beurteilungskriterien zur Einschätzung des Insult-Schweregrades - der sog. NIH Stroke Scale (NIHSS) - nur einen Punktwert (Score) < 5 erreichten. Der Schlaganfall des Klägers sei jedoch nach der ausreichend dokumentierten aphasischen Symptomatik am Aufnahmetag - dem 25.12.2003 - als „leichter“ mit einem Score von 2 Punkten auf der (bis zu 42 Punkten gehenden) NIH-Stroke-Scale einzuordnen gewesen. Es sei deshalb medizinisch gut vertretbar gewesen, dass man angesichts eines nach NIHSS < 5 einzuordnenden Schweregrades keine Indikation zur Lysetherapie gestellt habe - womit die Beklagte zu 2) bei ihrer Anhörung vor dem Senat auch ihre seinerzeitige Entscheidung gegen eine Lysetherapie für den Kläger begründet hat.

Die Einwendungen der Privatgutachterin, wonach die aufgetretenen Sprachstörungen für den relativ jungen Kläger eine erhebliche Behinderung bedeutet hätten, eine formale Score-Erhebung nach der Dokumentation nicht stattgefunden habe und rückblickend Zweifel bestünden, dass bei einer solchen Erhebung nach NIHSS nur ein Score von 2 Punkten herausgekommen wäre, überzeugen nicht. Sie lassen *insbesondere nicht* den für eine Haftung der Beklagten erforderlichen Schluss zu, dass die - auch nach Ansicht der Privatgutachterin im Einzelfall gebotene therapeutische Abwägung - zur Wahrung des anerkannten medizinischen Behandlungsstandards den Einsatz der Lysetherapie beim Kläger *zwingend erfordert* hätte und ihr Unterbleiben im Dezember 2003 behandlungsfehlerhaft gewesen wäre. 54

Dass für die Therapieindikation zur rekanalisierenden Thrombolyse nach Schlaganfall eine Einschätzung des Schweregrades der Ausfallsymptomatik geboten war und ist, weil bei „bei ganz leichten und bei schweren Schlaganfällen das Risiko einer Lyse zu hoch ist“, hat die Privatgutachterin im Senatstermin explizit eingeräumt. Es überzeugt nicht, dass sie im Falle des Klägers die (zweifelsohne wegen seiner beruflichen Stellung individuell wichtigen) Ausfälle im sprachlichen Bereich nicht entscheidend nach den normierten Kriterien der NIHSS bewertet wissen möchte, obschon diese Bewertungsskala - wie Dr. L2 in Übereinstimmung mit den Sachverständigenausführungen der zitierten Entscheidung des OLG München dargelegt hat - anerkanntermaßen zur Beurteilung der Therapieoptionen beim ischämischen Schlaganfall herangezogen wird. Für die Maßgeblichkeit der NIHSS sprechen nicht zuletzt die (auf die diese Skala abstellenden) Indikationsausschlüsse beim schweren Schlaganfall, die sich aus der vorgelegten Fachinformation zu Actilyse® und den eingereichten Leitlinien der Deutschen Neurologischen Gesellschaft zur Schlaganfalltherapie ergeben. 55

Soweit die Privatgutachterin des Klägers im Senatstermin Zweifel an der Scorebewertung als „leichter Schlaganfall“ (< 5 Punkte) geäußert hat, ist von Dr. L2 dazu anhand der Dokumentation der Beklagten plausibel erläutert worden, dass die festgehaltene klinische Ausfallsymptomatik am 25.12.2003 - deren Umfang im Übrigen unbestritten ist - durchaus eine Umsetzung in rechnerische Scorewerte nach NIHSS zuließ, ohne dass eine solche Scorebewertung formal dokumentiert „abgearbeitet“ werden musste. Diese Art der aus klinischen Befunden abgeleiteten Score-Bewertung entspricht exakt der Vorgehensweise des Sachverständigen in dem vom OLG München am 03.05.2007 entschiedenen Haftungsprozess. Dr. L2 hat schließlich im Senatstermin erläutert, dass die von der Privatgutachterin herausgestellten Störungen des Sprach- und Sprachverständnisvermögens bei zeitweiser Desorientiertheit allenfalls einen NIHSS - Wert von 4 ergeben hätten, sich 56

mithin jedenfalls im Bereich eines leichten Schlaganfalls bewegten.

Für den Senat ist nach alledem plausibel, dass es angesichts des Vorliegens eines „leichten Schlaganfalls“ mit begrenzter Ausfallsymptomatik (Aphasie/Dysarthrie) für die Behandler im Klinikum Y medizinisch vertretbar erscheinen durfte, keine Lysetherapie einzusetzen und (unter Einsatz der üblichen allgemeinmedizinischen Basistherapie) auf eine Rückbildung der Symptomatik zu bauen. 57

(2) Vertretbar war das Absehen von der rekanalisierenden Thrombolyse im Fall des Klägers schließlich deshalb, weil - wie Dr. L2 in der Berufungsinstanz anschaulich erläutert hat - die erst zur Jahreswende 2002/2003 zur Schlaganfalltherapie in Deutschland zugelassene Lysebehandlung im Dezember 2003 aus fachmedizinischer Sicht noch mit vorsichtiger Zurückhaltung beurteilt wurde (vgl. zur noch kritischen medizinischen Bewertung der Schlaganfalllyse : OLG Düsseldorf, OLGR 2006, 469 ff. und OLGR 2004, 387 ff.). 58

Die im Dezember 2003 vorhandene Leitlinie der Deutschen Neurologischen Gesellschaft zur Behandlung der akuten zerebralen Ischämie existierte erst in ihrer 1. Auflage; sie präsentierte zur Thrombolyse relativ frische medizinische Erkenntnisse, wobei bis in die Fachgremien hinein gewisse Unsicherheiten bestanden, ob sich der Schlaganfallverlauf insbesondere bei vorangegangenen Arteriendissektionen nicht verschlechtern würde und häufiger Einblutungskomplikationen zu befürchten seien. In der damaligen Behandlungssituation stellte es sich angesichts der noch relativ geringen praktischen Erfahrungen mit der Schlaganfalllyse wegen der befürchteten negativen Effekte *nach einer Zervikalarteriendissektion als medizinisch vertretbar dar, auf eine Lyse zu verzichten*. Auch unter diesem medizinische Aspekt - der bei dem dissektionsbedingten ischämischen Schlaganfall des Klägers in die Therapieüberlegungen eingestellt werden durfte - war das Absehen von einer Thrombolyse nicht behandlungsfehlerhaft. 59

c) Soweit der gerichtliche Sachverständige im Senatstermin bestätigt hat, dass man bei dem Kläger im Dezember 2003 eine Lysetherapie (im Sinne einer „kann“-Indikation) habe erwägen *dürfen* und - unter Beachtung der Zeitfenstervorgaben der Zulassung - ohne Verstoß gegen den anerkannten Stand der seinerzeitigen Medizinwissenschaft auch zum Einsatz bringen *können*, lässt sich hieraus kein haftungsbegründender Behandlungsfehler ableiten. 60

Es entspricht anerkannten Grundsätzen des Arzthaftungsrechtes, dass der medizinische Standard *nur den Handlungsrahmen für richtiges ärztliches Vorgehen* vorgibt. Dem Arzt, der auf die individuelle Befindlichkeit jedes Patienten aus medizinischer ex-ante-Sicht zu reagieren hat, muss ein ausreichender therapeutischer Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum verbleiben, den auch die Haftung nicht verkürzen darf (Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl., Rdnr. 153). 61

Vorliegend lässt sich *nicht* feststellen, dass die Behandler im Hause der Beklagten zu 1) mit ihrer medizinischen Entscheidung gegen eine Lyse nicht dem seinerzeit anerkannten und gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft gerecht geworden sind. Sie haben vielmehr eine - wie dargelegt unter verschiedenen Gesichtspunkten - medizinisch gut vertretbare - Therapieentscheidung im Rahmen ihres ärztlichen Ermessens getroffen. 62

d) Der erfolgreichen haftungsrechtlichen Inanspruchnahme der Beklagten unter dem Aspekt der unterbliebenen Thrombolyse steht ferner entgegen, dass die vollständige Rückbildung der Schlaganfallsymptomatik auch unter ihrem fachgerechten Einsatz keineswegs medizinisch gesichert eingetreten wäre. Übereinstimmend haben insoweit Dr. L2 und Dr. T2 ausgeführt, dass selbst die rechtzeitige Thrombolyse *nur die Chance auf einen besseren* 63

Verlauf der Schlaganfallerkrankung geboten hätte, eine günstigere gesundheitliche Situation des Klägers jedoch *auch dann nicht gewährleistet* gewesen wäre.

Die offene Kausalität der klägerseits beanstandeten Therapieentscheidung für die geltend gemachten gesundheitlichen Folgen geht zu Lasten des Klägers, der als Patient im Haftungsprozess den Ursachenzusammenhang zwischen angeschuldigtem Behandlungsfehler und erlittenem Gesundheitsschaden zu beweisen hat (Steffen/Pauge, aaO, Rdnr. 513 m.w.N. zur Rspr.). Beweiserleichterungen kommen ihm insoweit nicht zustatten. Dies gilt auch unter Befunderhebungsgesichtspunkten, soweit die Berufung zu dem der Therapieentscheidung vorangehenden diagnostischen Prozedere Versäumnisse rügt (vgl. nachfolgend unter 4.). 64

4. Nach dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme lässt sich nicht feststellen, dass die (für eine rekanalisierende Lyse) obligaten Voruntersuchungen eines Patienten mit Schlaganfallverdacht (ärztliche Untersuchung und Anamnese, EKG-Ableitung, initiale Laboruntersuchung und CCT) im Klinikum Y mehr Zeit beanspruchten, als dies dem seinerzeit üblichen Krankenhausstandard entsprach. Zudem fehlt es an einem durch die gerügten Verzögerungen verursachten Gesundheitsschaden. 65

a) Soweit der Kläger - gestützt auf die Ausführungen der Privatgutachterin - die Nichteinhaltung von Zeitvorgaben aus den Leitlinien der Deutschen Neurologischen Gesellschaft moniert hat, wird diese Beanstandung dem im Dezember 2003 üblichen Behandlungsstandard einer internistischen Krankenhausnotaufnahme nicht gerecht. 66

Dr. L2 hat hierzu ausgeführt, dass die diagnostischen Maßnahmen (mit Ausnahme der für die Therapieentscheidung letztlich irrelevanten Gefäßdiagnostik zur Darstellung der hirnversorgenden Arterien) im Klinikum der Beklagten zu 1) in der Akutphase *zeitgerecht und vollständig* durchgeführt wurden, wobei das CCT etwa eine Stunde nach dokumentierter Krankenhausaufnahme gerade noch zeitgerecht gewesen sei. Nachvollziehbar hat der Sachverständige in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass der Patient - wie die Dokumentation belegt und von der Zeugin X anschaulich bestätigt wurde - krankheitsbedingt eine suboptimale Mitarbeit gezeigt habe, was einen vermehrten Zeitaufwand erkläre. Dr. L2 hat zudem auf den (aus den vorgelegten Leitlinienfassungen ersichtlichen) Umstand hingewiesen, dass die von der Privatgutachterin mit Blick auf das Zeitfenster zur Lysetherapie geforderten Zeitabläufe (ärztliche Untersuchung binnen 10 Minuten, CCT binnen 25 Minuten) *erst späteren Leitlinienfassungen zu entnehmen* waren und noch nicht der im Dezember 2003 existierenden 1. Leitlinienauflage entsprachen. Die im Dezember 2003 geltenden Leitlinienempfehlungen sahen vielmehr noch keine in Minuten gefassten organisatorischen Zeitvorgaben für die diagnostischen Schritte vor. Gemessen an den damaligen Leitlinieninhalten war der für die Diagnostik beanspruchte Zeitraum (zwischen Notaufnahmeanmeldung um 17.47 Uhr und abschließender CCT-Untersuchung um 18.56 Uhr) deshalb nicht zu beanstanden. 67

b) Überdies hat die vom Kläger behauptete zeitliche Verzögerung in der der Therapieentscheidung vorzuschaltenden Diagnosekette nicht feststellbar zu gesundheitlichen Schädigungen geführt. 68

Wie bereits dargestellt, bleibt nach den übereinstimmenden Bewertungen Dr. L und Dr. T völlig offen, ob der Einsatz einer Thrombolyse dem von einem Schlaganfall betroffenen Kläger eine günstigere gesundheitliche Entwicklung ermöglicht hätte. 69

Auch ist nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen wegen der unabhängig vom Therapiezeitfenster bestehenden Indikationsbedenken nicht einmal überwiegend wahrscheinlich, sondern höchst unwahrscheinlich, dass die fachgerechte Beurteilung früherer diagnostischer Ergebnisse beim Kläger im Dezember 2003 zum Einsatz der Lysetherapie geführt hätte. Dr. L2 hat nach Abwägung aller Indikationskriterien im Senatstermin nochmals bestätigt, dass - bei unterstellter Einhaltung des 3-Stunden-Zeitfensters - *auch in einem Zentrum mit größter Expertise in der Lyse-Therapie eine solche bei der Symptomatik des Klägers mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht stattgefunden hätte.*

c) Eine Haftung wegen verzögerter Befunderhebungen im Vorfeld einer Lysetherapieentscheidung scheidet danach aus. 71

5. Soweit die Berufung die erstinstanzlichen Rügen zur verspäteten Gefäßdiagnostik und zur – konsekutiv – zunächst unterbliebenen Gerinnungshemmung mit Heparin weiterverfolgt, hat die Verzögerung dieser der sog. frühen Sekundärprophylaxe beim Schlaganfall dienenden Maßnahmen hier beim Kläger keinerlei gesundheitlich nachteilige Konsequenzen nach sich gezogen. Dies hat das Landgericht bereits zu Recht den eingehenden Erläuterungen des Sachverständigen Dr. L2 im Kammertermin entnommen. Die diesbezüglichen Feststellungen des angefochtenen Urteils, auf die insoweit Bezug genommen wird, treffen nach Auffassung des Senates uneingeschränkt zu; sie haben sich durch die übereinstimmenden schriftlichen Ausführungen Dr. L wie der Privatgutachterin im Vorfeld des Senatstermins erneut bestätigt. So hat Dr. L2 in seiner Stellungnahme vom 26.06.2008 resümiert, dass aus der späten Durchführung der Gefäßdiagnostik/Duplexsonographie für den Behandlungsverlauf und den Patienten kein Schaden erwachsen sei. Auch Dr. T2 führte in ihrem der Berufungsbegründung beigefügten Privatgutachten vom 14.12.2007 aus, dass die zeitverzögerte Gefäßdiagnostik und späte Gerinnungshemmung für den Kläger „zum Glück folgenlos geblieben“ seien. 72

Ein durch die späte Gefäßdiagnostik und Heparinisierung kausal herbeigeführter Gesundheitsschaden lässt sich demnach insoweit medizinisch gesichert ausschließen. 73

6. Auch soweit die Befundauswertung der am 25.12.2003 im Hause der Beklagten zu 1) um 18.56 Uhr gefertigten CCT-Aufnahmen nicht ganz zutreffend gewesen war, weil sich auf ihnen bereits deutliche Hinweise auf den Verschluss eines Astes der Arteria cerebri media linksseitig (d.h. einen Hirninfarkt) ergaben, begründet die stattgehabte Befundfehldeutung als „fragliches Artefakt“ keine Haftung der Beklagten. Diesbezüglich ergibt die übereinstimmende medizinische Bewertung beider verfahrensbeteiligten Gutachter, dass die Fehldiagnose für den Kläger folgenlos blieb, weil er schon aufgrund der klinischen Symptomatik mit der zutreffenden Verdachtsdiagnose eines „Apoplex mit sensorischer Aphasie“ stationär aufgenommen und weiterbehandelt wurde. Dieser einhelligen und nachvollziehbaren medizinischen Beurteilung schließt sich der Senat an. 74

7. Die mit dem Rechtsmittel erneut gerügte Nichtkonsultation eines Neurologen während der stationären internistischen Behandlung des Klägers vom 25. - 27.12.2003 hat ebenfalls zu keinerlei gesundheitlichen Nachteilen geführt. 75

Da ein fachspezifischeres (neurologisches) Behandlungsumfeld nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen - wie dargestellt - mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Lysetherapie bei dem Kläger geführt hätte, insbesondere auch in einem Zentrum mit großer Expertise in der Lyse-Therapie mit höchster Wahrscheinlichkeit keine lokale Lyse-Therapie stattgefunden hätte und – so Dr. L2 - jenseits dessen keine konkreten spezifischen Behandlungsmöglichkeiten existierten, die dem 76

Patienten hätten helfen können, kommt auch wegen der unterbliebenen neurologischen Konsultation keine Haftung in Betracht.

Entsprechendes gilt, soweit die Berufung die Nichtverlegung in ein anderes Krankenhaus mit sog. stroke-unit gerügt hat. Insofern liegt zudem bereits kein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen der Beklagten vor. Wie die Erörterungen im Senatstermin mit Dr. L2 und Dr. T2 ergeben haben, gehörten die internistischen Intensivstationen in Deutschland zu denjenigen Einrichtungen, die im Dezember 2003 regelhaft Schlaganfallpatienten mit Akutsymptomatik behandelten und die Indikationsstellung zur evtl. Lyse vornahmen. Die Privatgutachterin hat insoweit explizit bestätigt, dass das Krankenhaus der Beklagten zu 1) durchaus fachlich zur Durchführung der Schlaganfalltherapie in der Lage gewesen wäre. Angesichts dieser klaren medizinischen Einschätzung vermag der Senat kein Übernahme- oder Abgabeverschulden auf Seiten der Beklagten zu erkennen. 77

8. Die nach alledem erfolglose Berufung des Klägers war mit der Kostenfolge aus § 97 I ZPO zurückzuweisen. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Zif. 10, 711 ZPO. 78

Die Revision war nicht zuzulassen. Es handelt sich um eine Einzelfallentscheidung ohne grundsätzliche Bedeutung. Weder die Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern die Entscheidung des Revisionsgerichtes. 79