
Datum: 12.02.2020
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 23/19
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2020:0212.3U23.19.00

Vorinstanz: Landgericht Dortmund, 12 O 377/16

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 14.02.2019 verkündete Urteil der 12. Zivilkammer des Landgerichts Dortmund wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten der Berufungsinstanz.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar

Dem Kläger wird nachgelassen, die Vollstreckung der Beklagten gegen Sicherheitsleistung i.H.v. 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet

Die Revision wird nicht zugelassen

Gründe

- I. 1
- 2
- Der Kläger macht Schadensersatzansprüche aus einer von ihm behaupteten fehlerhaften Behandlung der Ärzte der Beklagten im Rahmen eines Schlaganfallereignisses geltend. 3
- Der im Jahr 1960 geborene Kläger wurde am Abend des 15.10.2014 mit einer linksseitigen Hemiparese in das von der Beklagten getragene A- Hospital in B eingeliefert und stationär aufgenommen. Eine kausale Therapie wurde zunächst nicht durchgeführt. Nach erneuter Feststellung einer Hemiparese am frühen Morgen des 16.10.2014 wurde eine Lysetherapie 4

eingeleitet. Anschließend wurde der Kläger im Hinblick auf einen zwischenzeitlich festgestellten Verschluss der rechten Arteria carotis interna zur etwaigen chirurgischen Intervention in ein anderes Krankenhaus verlegt. Dort wurde ein rechtsseitiger Mediainfarkt diagnostiziert. Von einer chirurgischen Intervention wurde abgesehen.

Der Kläger hat erstinstanzlich behauptet, dass Diagnostik und Therapie im Haus der Beklagten verspätet erfolgt seien, was zu einem erheblichen dauerhaften Körperschaden geführt habe. Er hat ein angemessenes Schmerzensgeld (Vorstellung: mindestens 50.000 €) gefordert und die Feststellung der Verpflichtung der Beklagten zum Ersatz materieller und noch entstehender immaterieller Schäden begehrt.

5

Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstands und zur näheren Darstellung der erstinstanzlich gestellten Schlussanträge wird auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils Bezug genommen. Zu korrigieren ist, dass die Lysetherapie am 16.10.2014 nach der Dokumentation der Beklagten bereits um 3 Uhr morgens eingeleitet wurde.

6

Das Landgericht hat den Kläger persönlich angehört, Zeugen vernommen und ein neurologisches Gutachten des Sachverständigen C eingeholt. Sodann hat es die Klage abgewiesen und zur Begründung u.a. ausgeführt, dass zwar von einem Befunderhebungsfehler der Beklagten auszugehen sei, jedoch keine Kausalität für den vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsschaden feststellbar sei.

7

Mit der Berufung verfolgt der Kläger seine erstinstanzlichen Schlussanträge unverändert weiter.

8

Der Kläger macht geltend, dass es keine ordnungsgemäße Behandlungsdokumentation der Beklagten gebe. Hinsichtlich des auf den 15.10.2014 datierten „Aufnahmebefundes“ habe das Landgericht verkannt, dass dieser nicht unterzeichnet sei. Zudem könne der Befund unmöglich am 15.10.2014 erstellt worden sein, da er auch Ereignisse vom 16.10.2014 beschreibe.

9

Der Kläger behauptet, dass überhaupt keine neurologische Befunderhebung stattgefunden habe. Er meint, dass entsprechende Untersuchungen hätten dokumentiert werden müssen.

10

Bezüglich des CCTs vom 15.10.2014 behauptet der Kläger, dass keine Uhrzeit dokumentiert worden sei. Zudem habe das Landgericht verkannt, dass in dem CCT-Bericht eine MRT-Untersuchung dringend empfohlen worden sei. Bei Durchführung dieser Untersuchung wäre, so der Kläger weiter, der Verschluss der Arteria carotis interna festgestellt worden. Es hätte dann sofort – neben einer Lyse – eine Thrombektomie stattgefunden, wodurch ein weiteres Infarktereignis verhindert worden wäre. Die Beklagte habe überhaupt keine Untersuchungen zur Entdeckung einer möglichen Carotisstenose durchgeführt.

11

Der Kläger macht weiter geltend, dass die Beklagte nicht den erforderlichen Facharztstandard gewahrt habe, was das Landgericht ebenfalls verkannt habe. Die Beklagte habe nicht die Zertifizierungskriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft für Stroke Units erfüllt. Die behandelnde Ärztin und Zeugin D sei nicht hinreichend qualifiziert gewesen. Die Rufbereitschaft eines Oberarztes habe nicht genügt.

12

Der Kläger meint, dass das Landgericht den Ursachenzusammenhang zwischen dem festgestellten Befunderhebungsfehler und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden zu Unrecht verneint habe. In diesem Zusammenhang beanstandet der Kläger die Feststellung

13

des Landgerichts, dass die Zeugin D zwischen 0:00 Uhr und 0:15 Uhr am 16.10.2014 einen unauffälligen neurologischen Status („Schlaganfallscore“) erhoben habe. Die entsprechende Beweiswürdigung des Landgerichts sei fehlerhaft. Die Vernehmung der Zeugin E habe ergeben, dass er – der Kläger – sich auf der Stroke Unit der Beklagten „nicht mehr bewegt“ habe. Die von der Beklagten benannten Zeugen hingegen hätten keine konkrete Erinnerung an das Geschehen gehabt und „vollständig gemauert“.

Der Kläger meint, dass das Landgericht auch die Ausführungen des Sachverständigen unzutreffend gewürdigt habe. Die Bekundungen des Sachverständigen seien spekulativ gewesen, da sie auf einer unvollständigen Dokumentation beruht hätten. Dies gelte mangels konkreter Befunde zur Größe und Lokalisation des Carotis-Thrombus auch für die Aussage des Sachverständigen, dass ein solcher Thrombus nicht durch eine Lysetherapie beseitigt werden könne. 14

Der Kläger beantragt unter Abänderung des angefochtenen Urteils, 15

1. 16

die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Festsetzung der Höhe nach in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 24.01.2017 zu zahlen, 17

2. 18

festzustellen, dass die Beklagte zum Ersatz der ihm als Folgen der ärztlichen Behandlung im Zeitraum vom 15.10.2014 bis zum 16.10.2014 entstandenen und noch entstehenden materiellen Schäden – soweit kein Anspruchsübergang auf Sozialversicherungsträger erfolgt oder erfolgt ist – sowie die als Folgen dieser ärztlichen Behandlung noch entstehenden immateriellen Schäden verpflichtet ist. 19

Die Beklagte beantragt, 20

die Berufung des Klägers zurückzuweisen. 21

Sie verteidigt das erstinstanzliche Urteil unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens und bestreitet neuen Vortrag des Klägers, der außerhalb der Berufungsbegründungsfrist erfolgt ist. 22

Nachdem der Senat mit Beschluss vom 26.06.2019 mit näheren Ausführungen darauf hingewiesen hat, dass er beabsichtigt, die Berufung des Klägers durch Beschluss gemäß § 522 Abs. 2 S. 1 ZPO zurückzuweisen, hat der Kläger ein – ihm schon bei Berufungsbegründung vorliegendes – Privatgutachten des neuroradiologischen Sachverständigen F vom 27.02.2019 vorgelegt, in dem insbesondere die Kausalitätserwägungen des Landgerichts bzw. des gerichtlichen neurologischen Sachverständigen in Zweifel gezogen werden. Der Senat hat daraufhin eine ergänzende schriftliche Stellungnahme des gerichtlichen Sachverständigen C eingeholt, die dieser unter dem 18.11.2019 abgegeben hat. Ferner hat der Senat im Verhandlungstermin vom 12.02.2020 den gerichtlichen Sachverständigen unter Berücksichtigung der Ausführungen des Privatgutachters ergänzend befragt. Wegen der Einzelheiten wird insoweit auf den Berichterstattevermerk vom 12.02.2020 Bezug genommen. 23

II. 24

25

Die form- und fristgerecht eingelegte und begründete Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Die angefochtene Entscheidung hält rechtlicher Überprüfung stand. Sie beruht weder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von § 546 ZPO, noch rechtfertigen die nach § 529 ZPO zugrunde zu legenden Tatsachen eine andere, dem Kläger günstigere Entscheidung. Dem Kläger stehen keine vertraglichen oder deliktischen Ansprüche gegen die Beklagte aus der streitgegenständlichen Behandlung zu.

Zur näheren Begründung wird zunächst auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen. Im Hinblick auf das Berufungsvorbringen des Klägers ist ergänzend Folgendes auszuführen: 26

1. 27

Die Rüge des Klägers, dass die Dokumentation der Beklagten unzureichend sei, entspricht grundsätzlich der Einschätzung des Sachverständigen und des Landgerichts. Allein hieraus folgt allerdings noch keine Haftung der Beklagten. Die Beweislastumkehr des § 630h Abs. 3 BGB hat das Landgericht berücksichtigt. 28

Hinsichtlich des „Aufnahmebefundes“ der Beklagten rügt der Kläger zu Unrecht, dass dieser nicht unterschrieben sei. Das von der Zeugin D unterschriebene Exemplar befindet sich in den Krankenunterlagen des Klinikums G; vermutlich wurde es bei der Verlegung des Klägers mitgegeben. Dass der „Aufnahmebefund“ Ereignisse vom 16.10.2014 beschreibt, obwohl er auf den 15.10.2014 datiert ist, hat die Zeugin D im Rahmen ihrer Aussage vor dem Landgericht plausibel erklärt. 29

2. 30

Die Behauptung des Klägers in der Berufungsbegründung, dass nach seiner Einlieferung in das Haus der Beklagten überhaupt keine neurologische Befunderhebung stattgefunden habe, entspricht nicht den Tatsachen. Der Kläger hat am 07.06.2018 vor dem Landgericht selbst angegeben, dass die Ärztin, also die Zeugin D, u.a. seine Augenbewegungen getestet und einen Armhalteversuch durchgeführt habe, allerdings sei die Lähmung seines linken Beines nicht überprüft worden. Letzteres erscheint wenig plausibel, kann aber – den Feststellungen des Landgerichts entsprechend – zugunsten des Klägers unterstellt werden, da es jedenfalls an der Kausalität für einen Gesundheitsschaden des Klägers fehlt: 31

Wenn vor und/oder nach dem CCT vom 15.10.2014 keine hinreichende klinisch-neurologische Befunderhebung erfolgte, insbesondere kein Beinhalteversuch, könnte es sich um einen groben Behandlungsfehler gemäß § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB gehandelt haben. Denkbar ist ferner, dass die gebotene klinische Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen so deutlich pathologischen Befund ergeben hätte, dass die Nichteinleitung einer Lysetherapie grob fehlerhaft gewesen wäre (fiktiver grober Behandlungsfehler i.S.v. § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB). In beiden Fällen würde sich die Beweislastumkehr des § 630h Abs. 5 BGB allerdings nicht zugunsten des Klägers auswirken, da feststeht, dass eine andere Behandlung – in Betracht kommt hier nur eine frühzeitige Lysetherapie – den weiteren Verlauf nicht günstig beeinflusst hätte. Das Landgericht hat nämlich auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen zutreffend festgestellt, dass die Beeinträchtigungen des Klägers auf ein zweites Schlaganfallereignis zurückzuführen sind, das auch durch eine frühere Lysetherapie nicht hätte verhindert werden können. 32

a) 33

34

Der Sachverständige hat bereits im Kammertermin vom 10.01.2019 nachvollziehbar dargelegt, dass das um 07:21 Uhr am 16.10.2014 im Klinikum G gefertigte CCT Frühzeichen eines *maximal sechs Stunden alten* Hirninfarkts zeigte. Die Vorbefunde (15.10.2014, 21:59 Uhr; 16.10.2014, 02:23 Uhr) waren diesbezüglich noch unauffällig. Schon hieraus folgt, dass nicht das Primärereignis, das zur Einlieferung des Klägers in das Haus der Beklagten führte, bleibende Hirnschäden verursachte, sondern ein weiteres, deutlich späteres Schlaganfallereignis. Ein solches Ereignis kann frühestens kurz vor dem im Pflegebericht der Beklagten dokumentierten Vorfall um 01:55 Uhr am 16.10.2014 eingetreten sein. Anzumerken ist noch, dass es etwa drei Stunden nach der Verlegung in das Klinikum G zu einer erneuten, akuten klinischen Verschlechterung kam, was auf ein weiteres Schlaganfallereignis zu diesem Zeitpunkt hindeutet.

Der gerichtliche Sachverständige hat diese Ausführungen im Hinblick auf das vom Kläger vorgelegte Privatgutachten des F sowohl in seinem schriftlichen Ergänzungsgutachten vom 18.11.2019 als auch im Senatstermin nochmals überzeugend bestätigt und begründet. Hierbei hat sich der Sachverständige in überzeugender Weise insbesondere auf die im Klinikum G am Morgen des 16.10.2014 (7:21 Uhr und 7:57 Uhr) angefertigten CT's gestützt. Der Sachverständige hat dargelegt, dass man auf diesen Bildern lediglich eine noch wenig ausgeprägte Dichteminderung erkennen könne und deshalb mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das maßgebliche Schlaganfallereignis nicht vor Mitternacht stattgefunden haben könne. Wenn der für die vorliegende Schädigung maßgebliche Infarkt schon vor Mitternacht oder sogar schon gegen 21:45 Uhr des Vorabends stattgefunden hätte, dann hätte man auf den morgens in G gefertigten Bildern eine klarere Dichteminderung erkennen müssen. Im Hinblick auf das um 2:23 Uhr in der Klinik der Beklagten gefertigte CT hat der gerichtliche Sachverständige erklärt, dass, wenn man hierauf, wie der Privatsachverständige F gemeint hat, bereits eine Dichteminderung gesehen hätte, auf den morgendlichen Bildern aus G eine dicke, fette Dichteminderung hätte vorliegen müssen, was aber nicht der Fall gewesen sei. Die Bildgebung von 2:23 Uhr ermögliche daher keinen Rückschluss auf ein für das vorliegende Bild maßgeblichen Schaden, der durch ein Infarktgeschehen gegen Mitternacht oder vorher verursacht worden sei. Hiermit sind auch die Ausführungen des Privatgutachters F, der die Bildgebung von 2:23 Uhr anders befundet hat als der gerichtliche Sachverständige, zur Überzeugung des Senats widerlegt. Im Gegensatz zum gerichtlichen Sachverständigen ist der Privatsachverständige weder in seiner ersten gutachtlichen Stellungnahme vom 27.02.2019 noch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 28.01.2020 auf die am Morgen des 16.10.2014 im Klinikum G angefertigte Bildgebung eingegangen. In der gutachtlichen Stellungnahme vom 27.02.2019 ist auf diese CT's seitens des Privatgutachters überhaupt nicht eingegangen worden und auch die ergänzende Stellungnahme vom 28.01.2020 enthält lediglich – insoweit unstreitig und auch in Übereinstimmung mit dem gerichtlichen Sachverständigen – die knappe Feststellung, dass diese Bilder einen territorialen Hirninfarkt rechts zeigen. Zum Umfang der Dichteminderung, wie sie vom gerichtlichen Sachverständigen als für die Beurteilung maßgeblich herausgearbeitet worden ist, führt der Privatgutachter F auch nicht ansatzweise irgendetwas aus, obwohl dies jedenfalls in Kenntnis des schriftlichen Ergänzungsgutachtens des gerichtlichen Sachverständigen vom 18.11.2019, das dem Privatgutachter offensichtlich vorlag, veranlasst gewesen wäre.

35

An der für die Beurteilung dieser streitgegenständlichen Fragen bestehenden Sachkunde des gerichtlichen neurologischen Sachverständigen C hat der Senat keinerlei Zweifel. Insbesondere war insoweit dem Antrag des Klägers auf Einholung eines ergänzenden neuroradiologischen Gutachtens nicht nachzukommen. Der gerichtliche Sachverständige C hat im Senatstermin eindruckliche Angaben zum Beleg seiner Fachkompetenz gemacht. So

36

hat er einerseits allgemein ausgeführt, dass die Befundung derartiger CT's im Hinblick auf ein akutes Schlaganfallereignis ein derartiges Kerngeschäft des in der Klinik tätigen Neurologen sei, dass dieser die Befundung solcher Bilder drauf haben müsse. Der Sachverständige selber hat nach seinen Angaben in der Klinik, in der er Chefarzt der Neurologie mit angeschlossener Stroke-Unit war, jahresdurchschnittlich ca. 1.800 Schlaganfallpatienten gehabt. Ferner war er in seiner Zeit als Chefarzt der Neurologie im Zeitraum von 1992-2009 gewissermaßen neuroradiologisch die letzte Instanz bei der Befundung von Schlaganfallereignissen, weil während dieses Zeitraums im Klinikum H kein Neuroradiologe tätig war. Auch nachdem seit dem Jahr 2009 ein neuroradiologischer Chefarzt im Klinikum H beschäftigt war, hat sich der gerichtliche Sachverständige als Chefarzt der Neurologie ständig mit dem neuroradiologischen Chefarzt ausgetauscht und täglich etwa 45 Minuten mit ihm zusammengesessen und Bilder von Schlaganfallereignissen besprochen und befundet, so dass er seine diesbezügliche Kompetenz weiter beibehalten und vertieft hat. Diese Fachkompetenz reicht aus Sicht des Senats aus, um mit Überzeugungskraft zu den maßgeblichen Fragen des vorliegenden Falles, insbesondere auch zur Befundung der streitentscheidenden CT-Aufnahmen Stellung zu nehmen. Dagegen ist nicht ersichtlich und auch nicht vom Kläger vorgetragen, über wie viel Erfahrung der Privatsachverständige F bei der Befundung von CT-Aufnahmen akuter Schlaganfälle verfügt. Der Kläger musste diesbezüglich auf Nachfrage des Senats einräumen, dass die Klinik, in der der Privatgutachter tätig ist, beispielsweise nicht über eine Stroke-Unit verfügt. Somit ist davon auszugehen, dass die Befundung akuter Schlaganfälle nur einen gewissen Teil der Tätigkeit des Privatgutachters ausmacht, während dies bei dem gerichtlichen Sachverständigen das Kerngeschäft seiner Tätigkeit als Chefarzt einer großen neurologischen Klinik darstellte. Wie bereits ausgeführt, ist die Fachkompetenz des Privatgutachters auch in der Sache deshalb infrage zu stellen, weil er sich bei seiner Beurteilung lediglich auf die in der Klinik der Beklagten gefertigten Bilder konzentriert und, obwohl dazu Veranlassung bestanden hätte, sich nicht näher – wie der gerichtliche Sachverständige – mit dem weiteren Verlauf im Klinikum G beschäftigt hat.

Maßgeblich ist weiter, dass eine frühzeitig, d.h. im Anschluss an das CCT vom 15.10.2014 eingeleitete Lysetherapie weitere Schlaganfallereignisse nicht verhindert hätte. Der Sachverständige hat bereits im Kammertermin vom 07.06.2018 plausibel ausgeführt und dies nochmals im Senatstermin bestätigt, dass die Lyse nicht der Prophylaxe diene und keine weiteren Schlaganfallereignisse verhindern könne (bestätigt wird dies durch die o.g. akute Zustandsverschlechterung im Klinikum G, die nach Durchführung einer Lysetherapie eintrat). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass eine frühzeitige Lyse dem Sachverständigen zufolge auch nicht den persistierenden Verschluss der rechten Arteria carotis interna aufgelöst hätte. Dies ist von Belang, da der einseitige Carotis-Verschluss die Durchblutung des Gehirns zwar nicht selbst entscheidend beeinträchtigte, aber wohl die Quelle der Thromben war, die offenbar wiederholt zu Verschlüssen im Bereich der Hirnarterien führten. Der Einwand des Klägers, dass die Einschätzung des Sachverständigen mangels konkreter Befunde zur Größe und Lokalisation des Carotis-Thrombus nicht tragfähig sei, verfängt nicht. Der Sachverständige hat nicht auf die Größe des konkreten Thrombus abgestellt, sondern auf die Größe des verschlossenen Gefäßes, was nachvollziehbar ist. Eine sachkundige Einschätzung, die den Aussagen des Sachverständigen widersprechen würde, legt der Kläger nicht vor. Der Senat sieht insgesamt keinen Anlass, die Richtigkeit der Ausführungen des Sachverständigen anzuzweifeln.

b)

37

38

39

Dass sich die primäre Störung der Hirndurchblutung auch ohne Lysetherapie legte und letztlich folgenlos blieb, folgt auch aus dem klinischen Verlauf. Das Landgericht hat hierzu festgestellt, dass die Zeugin D zwischen 0:00 Uhr und 0:15 Uhr am 16.10.2014 einen vollständig unauffälligen neurologischen Status erhoben habe. Diese Feststellung, die sich insbesondere auf die Dokumentation der Zeugin stützen kann, ist überzeugend. Auf die ausführliche Beweiswürdigung des Landgerichts wird zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen (S. 12-15 UA). Die Einwände des Klägers gegen die Beweiswürdigung greifen nicht durch:

Dass die von den Beklagten benannten Zeugen nach mehreren Jahren keine konkrete Erinnerung mehr an das Geschehen hatten, ist nachvollziehbar und macht ihre Aussagen entgegen der Ansicht des Klägers nicht wertlos. Ein Beweis kann ohne weiteres dadurch geführt werden, dass ein Zeuge trotz fehlender konkreter Erinnerung glaubhaft bekundet, eine von ihm dokumentierte Maßnahme auch tatsächlich durchgeführt zu haben. In diesem Sinne haben sich die Zeugen D und I geäußert. Das Landgericht hat beide Zeugen für glaubhaft erachtet, was nicht zu beanstanden ist. 40

Die Aussage der Zeugin E ist schon deshalb wenig belastbar, da diese eindeutig ausgesagt hat, dass während ihrer Anwesenheit kein Monitoring stattgefunden habe, was in Anbetracht der dokumentierten Monitoringbefunde ebenso eindeutig nicht den Tatsachen entspricht. Die Angabe der Zeugin, dass der Kläger sich während ihres gesamten Besuchs, der gut 90 Minuten gedauert haben soll, nicht aktiv bewegt habe, ist wenig plausibel und zudem unergiebig, da lediglich eine *Hemiparese* in Rede steht. Die Angabe der Zeugin, dass sie bis 0:10 Uhr beim Kläger gewesen sei und in dieser Zeit keine ärztliche Untersuchung stattgefunden habe, ist nach dem Gesagten nicht minutengenau belastbar. Im Übrigen hat das Landgericht auf der Grundlage der Aussagen der Zeugen D und I zutreffend ausgeführt, dass die dokumentierte neurologische Untersuchung kurz nach 0:10 Uhr stattgefunden haben könnte. Entgegen der Ansicht des Klägers muss sich die Beklagte hier nicht minutengenau an der dokumentierten Uhrzeit (24:00 Uhr) festhalten lassen. Es liegt vielmehr nahe, dass diese Uhrzeit den Vorgaben entsprechend routinemäßig eingetragen wird, auch wenn es zu einer geringen Verzögerung kommt. 41

Zu ergänzen ist noch, dass der Sachverständige die dokumentierte vollständige Remission der neurologischen Symptomatik für medizinisch plausibel erklärt hat. Er hat überzeugend dargelegt, dass sich kleine Thromben in den Hirnarterien aufgrund der körpereigenen Lyse von selbst vollständig auflösen können. Im vorliegenden Fall müsse aufgrund des für 24 Uhr dokumentierten Befundes von einer solchen spontanen Auflösung ausgegangen werden, sodass es nicht darauf ankomme, ob zuvor eine Lysetherapie hätte durchgeführt werden müssen. 42

Zu ergänzen ist ferner, dass es nach dem Vorfall um 01:55 Uhr am 16.10.2014 noch einmal zu einer vorübergehenden, deutlichen Verbesserung des klinischen Bildes kam. Dies folgt übereinstimmend aus dem „Aufnahmebefund“ der Zeugin D und dem Bericht des Klinikums G vom 06.11.2014 (Anlage K4 zur Klageschrift). Hierdurch wird bestätigt, dass der klinische Befund wechselte. 43

3. 44

Wann das CCT vom 15.10.2014 durchgeführt wurde, ist entgegen der Berufungsbegründung dokumentiert. Die Zeugin D hat im „Aufnahmebefund“ festgehalten: „CCT 9:45“, also 21:45 Uhr. Auf den CCT-Bildern findet sich die Zeitangabe 21:59 Uhr, was zu einer Einleitung der Untersuchung um 21:45 Uhr passen dürfte, wobei es auf wenige Minuten auch nicht 45

ankommt.

Dass in dem CCT-Bericht ein „MRT zum Ausschluss einer Diffusionsstörung empfohlen“ wurde, hat das Landgericht entgegen der Berufungsbegründung nicht verkannt, s. Ziff. 5. der Entscheidungsgründe. In der Sache ist die Entscheidung der Ärzte der Beklagten, zunächst kein MRT durchzuführen, nicht zu beanstanden. Maßgeblich ist insoweit nicht die Empfehlung der Radiologie, die im Übrigen entgegen der Berufungsbegründung nicht „dringend“ war, sondern der neurologische medizinische Standard. Hierzu hat der Sachverständige im Kammertermin vom 07.06.2018 überzeugend ausgeführt, dass ein „MRT zum Ausschluss einer Diffusionsstörung“ nicht in der Nacht durchzuführen war. Vorrangig war die Entscheidung über eine Lysetherapie, die wiederum maßgeblich vom klinischen Befund abhing. Zusätzlich war – wie unverzüglich nach Einlieferung des Klägers geschehen – durch ein CCT abzuklären, ob eine kontraindizierende Hirnblutung vorlag. 46

Auch andere bildgebende Untersuchungen mussten dem Sachverständigen zufolge nicht früher durchgeführt werden, und zwar unabhängig vom klinischen Befund und der Lyseindikation. Dies gilt insbesondere für eine CT-Angiographie der Halsgefäße zur Abklärung einer möglichen Carotisstenose. Der Senat sieht auch insoweit keinen Anlass, die Einschätzung des Sachverständigen anzuzweifeln. Im Übrigen ist auch nicht erkennbar, dass eine frühere Diagnose der Carotisstenose zu einem günstigeren Verlauf geführt hätte. Tatsächlich wurde die Stenose nach ihrer Entdeckung und der Verlegung des Klägers in das Klinikum G nicht operativ behandelt, was entgegen der Ansicht des Klägers hinsichtlich des hypothetischen Ablaufs bei einer früheren Entdeckung der Stenose indiziell bedeutsam ist. Ob der Verzicht auf eine Intervention damit zusammenhängt, dass sich bei weiteren Untersuchungen in G eine langstreckige Dissektion der Arteria carotis interna zeigte, kann dahinstehen. 47

4. 48

Die Rüge des Klägers, dass die Beklagte nicht den erforderlichen Facharztstandard gewahrt habe, greift ebenfalls nicht durch. 49

Der Sachverständige hat im Termin vom 10.01.2019 nachvollziehbar dargelegt, dass die Organisation der Beklagten dem „absoluten Standard in Kliniken dieser Größe“ entsprochen habe. Dass die Zeugin D keine Fachärztin für Neurologie war und ist, sondern sich (lediglich) im neurologischen Teil ihrer Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie befand, begründet keinen Organisationsfehler der Beklagten. Nicht jede medizinische Behandlung im Krankenhaus muss unmittelbar durch einen Facharzt durchgeführt oder vor Ort beaufsichtigt werden, auch wenn die Behandlung inhaltlich am Facharztstandard zu messen ist (vgl. BGH NJW 1994, 3008; anders für Operationen BGH NJW 1992, 1560). Im vorliegenden Fall genügte die Rufbereitschaft des Fach- und Oberarztes J, mit dem die Zeugin D das Vorgehen telefonisch besprach. Es ist auch nicht ersichtlich, dass der Zeugin D die tatsächliche persönliche Befähigung zur Wahrnehmung des neurologischen Dienstes vor Ort gefehlt hätte. Der Sachverständige hat insoweit gefordert, dass der Arzt vor Ort in der Lage sein müsse, einen ordentlichen Befund zu erheben und diesen telefonisch weiterzugeben. Der Zeuge J hat hierzu geschildert, dass bei der Beklagten nur Ärzte für Dienste eingesetzt würden, die bereits eine gewisse Zeit auf der Station gearbeitet und sich als zuverlässig erwiesen hätten; bei der Zeugin D habe es sich um eine sehr fähige Kollegin gehandelt. Es ist davon auszugehen, dass die Beklagte sich diese ihr günstigen Angaben des von ihr benannten Zeugen zu Eigen gemacht hat (vgl. BGH, Beschl. v. 28.01.2016 – VII ZR 126/13; NJOZ 2016, 687). Der Kläger hat nichts Gegenteiliges behauptet. 50

Die vom Kläger auszugsweise zitierten Zertifizierungskriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft für Stroke Units sind nicht mit dem medizinischen Standard gleichzusetzen. Im Übrigen ist nicht klar, ob die Kriterien die ständige Anwesenheit eines Facharztes auch außerhalb der regulären Dienstzeit verlangen. Anzumerken ist noch, dass die vom Kläger als Anlage zum Schriftsatz vom 16.05.2018 auszugsweise vorgelegte S1-Leitlinie „Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2012) lediglich vorsieht, dass Stroke Units „über einen in der Schlaganfallbehandlung erfahrenen Neurologen“ verfügen.

Im Übrigen gilt auch hier, dass es an der Kausalität des vermeintlichen Fehlers für den geltend gemachten Gesundheitsschaden fehlt. Eine etwaige Vermutung gemäß § 630h Abs. 4 BGB wäre nach dem oben Gesagten widerlegt.

5.

Anzumerken ist noch, dass die Lysetherapie nach der Dokumentation der Beklagten bereits „um 3 Uhr“ eingeleitet wurde und somit etwa 65 Minuten nach Feststellung der erneuten Symptomatik um 01:55 Uhr. Der Sachverständige ist folglich von falschen Voraussetzungen ausgegangen, als er den vermeintlichen Beginn der Lyse um 03:15 Uhr als „recht spät“ bezeichnete. Letztlich kommt es hierauf nicht an, da der Sachverständige auch das von ihm angenommene Intervall von 80 Minuten als „immer noch deutlich innerhalb der akzeptierten Zeit“ bewertete, was mit der Berufung nicht angegriffen wird. Auch diese Bewertung hat der Sachverständige im Senatstermin nochmals bekräftigt, wenn er auch einen früheren Beginn der Lysetherapie, etwa unmittelbar nach dem CT von 2:23 Uhr für wünschenswert gehalten hätte.

6.

Soweit der Privatgutachter F in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 27.02.2019 eine nicht näher bezeichnete invasive Diagnostik gefordert hat, ist auch dies durch die überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen C entkräftet. Wenn damit eine Hirngefäßangiographie gemeint gewesen sein sollte, dann besteht in dieser Situation keine medizinische Indikation zu einer solchen rein diagnostischen Maßnahme mehr. Soweit der Privatgutachter an eine therapeutische mechanische Thrombektomie gedacht haben sollte, war eine solche Maßnahme im Jahr 2014 noch nicht medizinischer Standard, sondern vielmehr als experimentell zu bezeichnen. Die erste positive Studie, die den positiven Effekt einer Thrombektomie nahelegte, wurde erst Anfang des Jahres 2015 publiziert und erst im Laufe des Jahres 2015 erschienen weitere, dieses Verfahren unterstützende randomisierte Studien. Auch die zum Behandlungszeitpunkt gültige Leitlinie zur Behandlung des akuten Schlaganfalls erwähnte zwar die mechanische Thrombektomie, führte aber gleichfalls aus, dass ein Effekt auf den klinischen Ausgang erst in laufenden randomisierten Studien untersucht werde. Erst die im Jahr 2016 erschienene Ergänzung der Leitlinie betrachtet die mechanische Thrombektomie mittels Kathetervorgang als nachgewiesen wirksame Methode in bestimmten Fällen.

7.

Soweit in dem Schriftsatz des Klägers vom 22.01.2020, der nach dem Anwaltswechsel des Klägers bei Gericht eingegangen ist, Behauptungen enthalten sind, die über den Vortrag der Berufungsbegründung hinausgehen, sind diese gemäß § 530 ZPO als verspätet zurückzuweisen, da sie von der Beklagten auch bestritten worden sind. Das gilt namentlich für die Behauptungen der nachträglichen Ergänzung der Behandlungs- und

Pflegedokumentation, der fehlenden Besprechung des radiologischen Befundes von 21:45 Uhr mit einem Neurologen sowie des Vortrages in Zusammenhang mit den Blutdruckwerten, die gegen eine neurologische Unauffälligkeit gegen Mitternacht bzw. gegen eine zu diesem Zeitpunkt durchgeführte neurologische Untersuchung sprechen würden. Nur ergänzend ist deshalb bezüglich der Blutdruckwerte darauf zu verweisen, dass der gerichtliche Sachverständige im Senatstermin erklärt hat, dass die dokumentierten Blutdruckwerte nicht aussagekräftig für den neurologisch-klinischen Befund seien und es insbesondere abwegig sei, aus den Blutdruckwerten zu schließen, dass eine klinisch-neurologische Untersuchung nicht gegen Mitternacht stattgefunden habe.

8. 59

Eine weitere Stellungnahmefrist war dem Kläger weder zum Schriftsatz der Beklagten vom 04.02.2020 noch zum Ergebnis der im Senatstermin durchgeführten Beweisaufnahme zu gewähren. 60

Der Schriftsatz der Beklagten vom 04.02.2020 enthält neben dem Bestreiten des außerhalb der Berufungsbegründung liegenden neuen Vortrags des Klägers (siehe oben Nr. 7) lediglich Wiederholungen und Vertiefungen des bisherigen Vortrages; neuer oder anderer Vortrag der Beklagten, auf den der Kläger nicht schon hätte früher eingehen können, enthält der Schriftsatz nicht. 61

Im Hinblick auf die ergänzende Befragung des gerichtlichen Sachverständigen im Senatstermin war dem Kläger deshalb keine Schriftsatzfrist zu bewilligen, weil der Sachverständige seine bisherigen Ausführungen lediglich ergänzt und vertieft hat. Insbesondere hat er auch keine neuen Ausführungen gemacht, die über sein schriftliches Ergänzungsgutachten vom 18.11.2019 hinausgehen und zu denen der Kläger nicht schon schriftsätzlich hätte Stellung nehmen können oder Stellung genommen hat. Dem Kläger bzw. seiner Prozessbevollmächtigten wäre es daher möglich gewesen, auch ohne Einräumung einer Schriftsatzfrist im Senatstermin zu den ergänzenden und erläuternden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Stellung zu nehmen. 62

III. 63

Die Kostenentscheidung für das Berufungsverfahren folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 10 S.1, 711 ZPO. 64

Eine Zulassung der Revision ist nicht veranlasst, da die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO nicht erfüllt sind. 65