
Datum: 31.01.2001
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 123/99
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2001:0131.5U123.99.00

Vorinstanz: Landgericht Aachen, 11 O 281/95

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 3. Mai 1999 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Aachen - 11 O 281/95 - wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Dem Kläger bleibt vorbehalten, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 24.000,00 DM abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leisten. Den Parteien wird gestattet, die Sicherheitsleistung auch durch selbstschuldnerische Bürgschaft einer deutschen Großbank, öffentlichen Sparkasse oder Volks- oder Raiffeisenkasse zu erbringen.

Tatbestand

1

Der Kläger litt seit langem unter essenzieller Hypertonie. Im Oktober 1991 suchte er deswegen den niedergelassenen Internisten Dr. J. in D. auf. Dieser wandte sich an den Beklagten zu 2), Chefarzt der radiologischen Abteilung der Beklagten zu 1), mit der Bitte, beim Kläger eine DSA der Niere zum Ausschluss einer Nierenarterienstenose durchzuführen. Dieserhalb fand am 15. Oktober 1991 eine Vorbesprechung in der Klinik statt. Am Vorabend des 18. Oktober 1991 unterzog der Kläger weisungsgemäß seinen Darm einer Reinigung mittels starker Abführmittel und begab sich am 18. Oktober 1991 um 12.00 Uhr in die Klinik. Dort führte der Beklagte zu 3), Assistenzarzt bei der Beklagten zu 1), die verabredeten Untersuchungen, nämlich die DSA, ein Ausscheidungsurogramm sowie ein Oberbauch-CT, durch. Um 14.00 Uhr verließ der Kläger das Krankenhaus und begab sich zu Fuß nach Hause. Am späten Nachmittag des selben Tages meldete sich die Ehefrau des Klägers, von Beruf Apothekerin, telefonisch beim Beklagten zu 3), weil der Kläger über verschiedene

2

Beschwerden klagte. Dieser bestellte daraufhin den Kläger zu sich, untersuchte ihn und stellte ihn dem diensthabenden Arzt in der medizinischen Ambulanz der Beklagten zu 1), dem Zeugen Dr. K. vor, der ihn gegen 20.00 Uhr untersuchte. Der Befundbericht des Beklagten zu 3) lautet auszugsweise:	3
"Linker Arm lokal ohne Befund, auch bei Bewegung keine Schmerzen. Schwindel und Gangunsicherheit. Telefonisch Dr. K. informiert."	4
Dr. K. untersuchte den Kläger körperlich, maß den Blutdruck, ließ ein EKG schreiben und veranlasste ein Schädel-CT und dokumentierte seine Maßnahmen wie folgt:	5
	6
"Patient gibt an, seit heute morgen leichtes Schwindelgefühl zu haben, kein Erbrechen, keine motorische Unsicherheit bemerkt.	7
	8
Untersuchungsbefund:	9
	10
Grobe Kraft annähernd seitengleich, Einbeinstand beidseits möglich. FNV ohne Befund, keine wesentliche Bradydiadochokinese. In der Feinmotorik diskrete Seitendifferenz.	11
	12
Hirnnerven ohne Befund. Kein Nystagmus, keine Amnisokorie. Lichtreaktion der Pupillen direkt und indirekt ohne Befund.	13
	14
CT-Schädel:	15
	16
Kein Hinweis auf eine frische Blutung, kleine unscharf begrenzte hypodense Region links (am ehesten ischämischer Bezirk). Keine Raumforderungszeichen, keine Mittellinienverlagerung. RR bei Aufnahme 170/120 mm/hg, nach 10 mg Adalat 160/100 mm/hg. Im EKG abgesehen von Zeichen der Hypertoniebelastung keine die Beschwerden des Patienten erklärenden Veränderungen.	17
	18
Therapievorschlagn: Antihypertensive Therapie."	19
Im Anschluss an die Untersuchung verließ der Kläger in Begleitung seiner Ehefrau die Klinik.	20
Am Mittag des nächsten Tages konsultierte der Kläger erneut Dr. J., der wegen der vorgefundenen Beschwerden 250 ml HAES-steril 6 %ig infundierte sowie 100 mg Solu-Dekortin injizierte. Nachdem am Abend linksseitig Lähmungserscheinungen auftraten, veranlasste er die stationäre Behandlung des Klägers in der Klinik der Beklagten zu 1), wo er	21

um 22.45 Uhr aufgenommen wurde. Am Vormittag des 20. Oktober 1991 wurde er mit der Diagnose "rechtshirniger Insult" in die Neurologie der Universität Köln verlegt.

Der Kläger leidet noch heute unter den Folgen eines am 19. Oktober 1991 erlittenen Schlaganfalls, dessen Eintreten er den Beklagten anlastet. Er hat die Beklagten zunächst mit der Behauptung in Anspruch genommen, er sei durch eine fehlerhaft durchgeführte DSA, mangelhafte Überwachung und vorwerfbares Nichterkennen von Frühzeichen zerebraler Komplikationen geschädigt worden. Im weiteren Verlauf des erstinstanzlichen Verfahrens hat er dann schadensursächliche Fehler anlässlich der Behandlung durch Dr. K. und im Zuge der stationären Behandlung gerügt. 22

Er hat beantragt, 23

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld von mindestens 100.000,00 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 1. April 1993 zu zahlen, 24
2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 5.978,50 DM nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen,
3. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm allen materiellen Schaden der Vergangenheit und Zukunft zu erstatten, den der Kläger als Folge der DSA-Behandlung am 18. Oktober 1991 in der röntgenologischen Abteilung der Beklagten zu 1) erlitten hat, soweit derartige Schäden nicht von öffentlich-rechtlichen Versicherungsträgern oder privaten Dritten ersetzt worden sind bzw. ersetzt werden.

Die Beklagten haben beantragt, 25

26

die Klage abzuweisen. 27

Sie sind den Vorwürfen entgegengetreten und haben jegliche Behandlungsfehler in Abrede gestellt. 28

Das Landgericht hat - sachverständig beraten - die Klage abgewiesen, weil schadensursächliche Behandlungsfehler nicht nachgewiesen seien. 29

Dagegen wendet sich der Kläger mit seiner Berufung. Er behauptet, er habe bei der Untersuchung durch Dr. K. am Abend des 18. Oktober 1991 unter einer Arm- und Beinschwäche links im Sinne einer Teillähmung gelitten. Er habe sich nicht alleine ausziehen können, vielmehr habe seine Ehefrau ihm helfen müssen. Auch auf dem Weg zur CT-Untersuchung habe er von seiner Ehefrau gestützt werden müssen, weil er Probleme gehabt habe, alleine zu gehen. Eine technische Assistentin habe bei dieser Gelegenheit gesagt, der Kläger bewege sich, als sei er linksseitig betrunken. Den Ärzten sei zu diesem Zeitpunkt auch über die Arm- und Beinschwäche links berichtet worden. Vor diesem Hintergrund habe man unbedingt an eine sogenannte transitorische-ischämische Attacke (TIA) denken müssen, die als Vorbote eines Schlaganfalles anzusehen sei. Diese TIA sei unbedingt behandlungsbedürftig gewesen, wobei im Vordergrund die Behandlung mit Thrombozytenaggregationshemmern, vorwiegend mit ASS wie zum Beispiel Aspirin stehe. Man hätte sofort eine Behandlung mit diesem Medikament in Angriff nehmen müssen; ferner hätte er alsbald zur weiteren Untersuchung und Behandlung in ein auf die Behandlung neurologischer Fälle spezialisiertes Krankenhaus verlegt werden müssen, wohingegen man 30

ihn nicht habe unbehandelt nach Hause schicken dürfen. Außerdem hätten Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden müssen, um die erste Verdachtsdiagnose eines ischämischen Insultes zu bestätigen oder auszuschließen.	
Bei der Einlieferung am Abend des 19. Oktober 1991 habe das Vollbild des ischämischen bzw. apoplektischen Insultes vorgelegen. Die hiernach durchgeführte massive Absenkung des Blutdruckes sei behandlungsfehlerhaft gewesen. Auch zum damaligen Zeitpunkt sei bereits bekannt gewesen, dass eine zu plötzliche Absenkung überhöhten Blutdruckes nach einer ischämischen Attacke fehlerhaft sei.	31
Er beantragt,	32
	33
unter Abänderung des angefochtenen Urteils nach seinen erstinstanzlichen Klageanträgen zu erkennen.	34
Die Beklagten beantragen,	35
	36
die Berufung zurückzuweisen.	37
Sie bestreiten, dass der Kläger am 18. Oktober 1991 eine TIA durchgemacht habe. Jedenfalls sei dies für Dr. K. nicht erkennbar gewesen. Von Lähmungserscheinungen sei nie die Rede gewesen. P. und Dr. K. hätten fehlerfrei gearbeitet. Im übrigen sei der weitere Verlauf medizinisch nicht beeinflussbar gewesen. Die stationäre Behandlung nach Eintritt des Hirninfarktes sei nicht zu beanstanden. Es sei nicht zu einer zu starken Blutdruckabsenkung gekommen. Darüber hinaus habe das Behandlungskonzept dem medizinischen Stand des Jahres 1991 entsprochen.	38
Wegen aller Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils sowie die im Berufungsrechtszug gewechselten Schriftsätze verwiesen.	39
Der Senat hat Beweis erhoben durch Zeugenvernehmung und ergänzende Sachverständigenbegutachtung. Wegen des Ergebnisses wird auf die Sitzungsniederschriften vom 27. März und 11. Dezember 2000 sowie das schriftliche Gutachten vom 27. Mai 2000 Bezug genommen.	40
E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e	41
Die form- und fristgerecht eingelegte und prozessordnungsgemäß begründete und damit zulässige Berufung ist in der Sache nicht gerechtfertigt. Dem Kläger stehen die geltend gemachten Ansprüche weder aus unerlaubter Handlung (§§ 823, 847 BGB) noch schuldhafter Vertragsverletzung (§§ 611, 278, 242 BGB) gegen die Beklagten zu. Ihm ist auch nach dem Ergebnis der im Berufungsrechtszug durchgeführten ergänzenden Beweisaufnahme nicht der Beweis schadensursächlicher Behandlungsfehler gelungen.	42
1. Das Landgericht hat sich nach eingehender Sachverständigenbegutachtung nicht davon überzeugen können, dass den Behandlern anlässlich der am 18. Oktober 1991 von 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr durchgeführten ärztlichen Maßnahmen schadensursächliche Fehler	43

unterlaufen sind. Die dafür gegebene Begründung überzeugt. Der Senat schließt sich ihr an und nimmt darauf zur Vermeidung unnötiger Wiederholungen Bezug (§ 543 Abs. 1 ZPO). Da der Kläger insoweit ausdrücklich keine Angriffe mehr führt, ist eine weitere Begründung nicht veranlasst.

1. Nach dem überzeugenden und von den Parteien auch nicht angegriffenen Feststellungen 44 der Sachverständigen Prof. Dr. D./Dr. K. hat der Kläger am 19. Oktober 1991 gegen 17.00 Uhr einen Schlaganfall erlitten (Gutachten vom 14. September 1998, S. 30 (Bl. 317 d. A.)), der "am ehesten durch eine autochthone Thrombose der Arteria cerebri media-Gruppe rechtsseitig bei cerebraler Mikro- und Makroangiopathie bei lange bestehendem arteriellen Hypertonus" ausgelöst worden ist (Gutachten vom 27. Mai 2000, S. 7 (Bl. 538 d. A.)). Der Kläger hat nicht bewiesen, dass dieser Schaden auf einer den Behandlern der Beklagten zu 1) vorzuwerfenden Fehlbehandlung beruht. Das gereicht ihm zum Nachteil, denn er hat nach allgemeinen Grundsätzen sämtliche anspruchsbegründenden Merkmale, zu denen auch die Schadensursächlichkeit gehört, zu beweisen. Beweiserleichterungen können ihm nicht zugebilligt werden.

1. Da als zurechenbare Schadensverursachung in bezug auf die Entstehung des 45 Schlaganfalls allein ein Unterlassen in Betracht kommt, wäre Kausalität im Rechtssinne nur gegeben, wenn die Vornahme der gebotenen Handlung den Schaden verhindert hätte (BGHZ 7, 204). Das kann aber nicht festgestellt werden. Der Sachverständige Prof. Dr. D./Dr. K. hat zur Frage, ob der Schlaganfall durch eine am Abend des 18. Oktober 1991 einzuleitende Diagnostik und/oder Therapie zu vermeiden gewesen wäre, ausgeführt:

46

"Gesicherte therapeutische Maßnahmen, die den thrombotischen Verschluss eines 47 Langzeit vorgeschädigten Gefäßes verhindern könnten, und durch klinische Studien abgesichert sind, stehen nicht zur Verfügung. Eine thrombozytenaggregationshemmende Therapie wäre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in diesem kurzen Zeitfenster nicht hilfreich gewesen und in der Akutsituation nicht wirkungsvoll. Eine intravenöse PTT - wirksame Vollheparinisierung war anhand der klinischen Situation nicht indiziert und wäre am ehesten bei einer in diesem Fall nicht vorliegenden kardiogenen Emboliequelle indiziert gewesen, allerdings verspricht aufgrund aktueller Studien auch die PTT - wirksame Vollheparinisierung keinen besseren outcome in der Schlaganfallfrühbehandlung. Insgesamt muss bei dem vorliegenden Fall bedacht werden, dass cerebro-vaskuläre Erkrankungen eine häufig durch ärztliche Intervention nicht zu verändernde schicksalhafte Eigendynamik haben. Wie im Vorgutachten ausgeführt, standen derzeit zur Behandlung des Schlaganfalls zur Verfügung stehende Methoden wie die intravenöse Thrombolyse 1991 nicht zur Verfügung." (Gutachten vom 27. Mai 2000, S. 8 (Bl. 539 d. A.)).

Ergänzend dazu hat Prof. Dr.D. in der mündlichen Anhörung vom 11. Dezember 2000 48 ausgeführt:

49

"Grundsätzlich ist die Aspirin-Therapie eine Langzeittherapie. Über einen längeren 50 Zeitraum gerechnet kann man die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schlaganfalles, sei es eines wiederholten Schlaganfalles, sei es eines einmaligen Schlaganfalls nach abgelaufener TIA reduzieren, die Rate beträgt etwa 13 % pro Jahr. Kurzfristig betrachtet ist die Wirkung sehr gering. Nach einer Studie hat sich ergeben, dass nach einem Schlaganfall die Rate derjenigen, bei denen ein erneuter Schlaganfall verhindert werden konnte, auf drei

pro 1000 gesenkt werden konnte. Dabei muss noch berücksichtigt werden, dass die Gefahr, einen erneuten Schlaganfall zu erleiden, im ersten halben Jahr doppelt zu hoch ist." (vgl. Bl. 567/568 d. A.).

Danach kann sich der Senat nicht mit der nach § 286 ZPO erforderlichen Gewissheit davon überzeugen, dass der Schlaganfall durch ärztliche Maßnahmen zu verhindern gewesen wäre. Letzteres behauptet der Kläger im übrigen auch gar nicht. In seiner kritischen Stellungnahme zur Begutachtung durch Prof. Dr.D. legt er nämlich dar, es gehe (allein) darum, inwieweit durch eine sofort einsetzende Sekundärprävention das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, gesenkt worden wäre. Dieses Risiko habe um 30 % gesenkt werden können (Bl. 574 d. A.). Das bedeutet aber lediglich, dass dem Kläger eine etwas erhöhte Chance eröffnet worden wäre, den Schlaganfall zu verhindern. Der Beweis, dass der Eintritt vermieden worden wäre, ist damit ersichtlich nicht geführt. 51

1. Allerdings können einem Patienten Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr zu Gute kommen, wenn feststeht, dass dem behandelnden Arzt ein grober Behandlungsfehler zur Last zu legen ist. Dies findet seine Rechtfertigung darin, dass die Aufklärung des Behandlungsgeschehens wegen des Gewichtes des Behandlungsfehlers und seiner Bedeutung für die Behandlung in besonderer Weise erschwert worden ist, so dass der Arzt dem Patienten nach Treu und Glauben den vollen Kausalitätsbeweis nicht zumuten kann (vgl. BGH NJW 1992, 754, 755). Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme kann indessen nicht festgestellt werden, dass die Vorgehensweise des Zeugen Dr. K. aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint und deshalb als grob fehlerhaft gewertet werden müsste. 52

Ihm kann nicht angelastet werden, eine beim Kläger unterstelltermaßen im Laufe des 18. Oktober 1991 abgelaufene TIA grob vorwerfbar verkannt zu haben. Bereits in seinem in erster Instanz erstatteten Gutachten hat der Sachverständige Prof. Dr.D. ausführlich dargelegt, dass nach dem gut dokumentierten Ambulanzblatt anlässlich der Untersuchung am Abend des 18. Oktober 1991 keinerlei neurologischer Ausfälle bzw. Defizite festzustellen gewesen seien. Dies hat der Zeuge Dr. K. anlässlich seiner Vernehmung vor dem Senat anhand der von ihm gemachten Aufzeichnungen erneut bestätigt und angegeben, der Kläger habe seinerzeit über Schwindel, Kopfdruck und Taubheitsgefühl im Arm geklagt, wobei seine Angaben teilweise gewechselt hätte, aus welchem Grund er ihn recht aufwändig untersucht habe. Das Gangbild, von dem er sich eigens überzeugt habe, sei hingegen unauffällig gewesen; er habe das Gangbild während der Untersuchung eigens getestet, in dem er den Kläger beispielsweise auf einer Stoßfuge im Ambulanzzimmer habe hin und her gehen lassen. Hierbei hätten sich keine sonderlichen Auffälligkeiten gezeigt. Auch der Einbeinstand sei links und rechts möglich gewesen. Der Sachverständige hat anlässlich seiner Anhörung vor dem Senat ausdrücklich erklärt, diese von Dr. K. veranlassten grob neurologischen Untersuchungen seien fachlich richtig gewesen. Ebenso richtig sei es gewesen, anschließend ein Schädel-CT zu fertigen. Einerseits habe die geklagte Symptomatik "Schwindel und Kopfdruck" insbesondere vor dem Hintergrund einer Bluthochdruckerkrankung durchaus auf eine hypertensive Entgleisung hingedeutet; andererseits hätten die neurologischen Symptome wie insbesondere einer Armschwäche auch ein neurologisches Geschehen im Kopf in den Bereich der in Betracht zu ziehenden Verdachtsdiagnosen geführt. Da auch das Schädel-CT keinen Hinweis auf eine frische Blutung oder Infarktfrühzeichen habe erkennen lassen, und auch das EKG insoweit keine Hinweise gegeben habe, sei die von Dr. K. getroffene Diagnose einer hypertensiven Entgleisung bei Hochdruckerkrankung vertretbar gewesen. 53

Demgegenüber ist die Behauptung des Klägers, er habe am Nachmittag und Abend des 18. Oktober 1991 an linksseitigen Lähmungserscheinungen gelitten, was er den 54
Behandlern auch mitgeteilt habe, nicht bewiesen. Es mag sein, dass die Zeugin K.-B. dem Radiologen P. mitgeteilt hat, dass es dem Kläger nicht gut gehe, dass es ihm schwindelig sei und er linksseitig sowohl im Arm als auch im Bein Probleme habe; es mag auch sein, dass von Gangunsicherheit die Rede gewesen ist. Das allein genügt aber nicht, um den dringenden Verdacht auf eine TIA zu verdeutlichen, zumal auch im Falle einer hypertensiven Entgleisung ähnliche Symptome auftreten können. Ob diese Angaben auch Dr. K. gegenüber gemacht worden sind, konnte die Zeugin nicht mit Sicherheit bekunden. Im übrigen stehen die Bekundungen der Zeugin in bezug auf die motorischen Defizite in Widerspruch zur den Angaben des Zeugen Dr. K. und der Zeugin L. sowie der Zeugin W., die die Angaben des Zeugen Dr. K. im wesentlichen bestätigt hat.

Nach allem können weder die von Dr. K. veranlassten Untersuchungen noch die 55
getroffene Diagnose noch die Therapie als grob fehlerhaft verworfen werden.

Dem Kläger können auch nicht aus dem Gesichtspunkt des Unterlassens, medizinisch 56
zweifelsfrei gebotene Befunde zu erheben, Beweiserleichterungen zugebilligt werden. Daran ist im Streitfall zu denken, weil es aus der Sicht der Geschehnisse am Abend des 18. Oktober 1991 geboten gewesen sein könnte, den Kläger zur weiteren Abklärung einer möglicherweise abgelaufenen TIA an eine spezialisierte Klinik zu verweisen. Der Sachverständige Prof. Dr.D. hat ein solches Vorgehen aber gerade nicht als medizinisch zweifelsfrei geboten erachtet. Nach der gegebenen Befundlage wäre eine solche Maßnahme nicht logisch gewesen, weil eine Erklärung für die Beschwerden gefunden worden war und das CT eine Durchblutungsstörung ausgeschlossen habe. Es wäre allenfalls daran zu denken gewesen, eine weiterführende Diagnostik mittels eines leistungsfähigen Ultraschallgeräts in einer spezialisierten Klinik zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen. Eine sofortige Überweisung im Sinne eines Notfalls noch in der selben Nacht sei indessen nicht veranlasst gewesen. Danach kommt es nicht mehr darauf an, ob die weitere Voraussetzung für eine Beweislastumkehr, nämlich das bei einer weiterführenden Untersuchung sich ein positiver Befund ergeben hätte wahrscheinlich ist (vgl. dazu BGH, Versicherungsrecht 1999, 60), wofür nach Lage der Sache nichts spricht.

Der Senat sieht sich trotz der vom Kläger im Anschluss an den Senatstermin vom 11. 57
Dezember 2000 vorgebrachten Kritik am Sachverständigen Prof. Dr.D. nicht veranlasst, eine weitere gutachterliche Überprüfung in Auftrag zu geben. Zwar ist richtig, dass der Sachverständige Prof. Dr.D. wesentliche Aufgaben an seinen Oberarzt Dr. K. delegiert hat (Aktenstudium, Untersuchung des Klägers, Gutachtenentwurf); indessen haben die Parteien übereinstimmend in erster Instanz dieses Verfahren ausdrücklich gebilligt. Darüber hinaus hat der Sachverständige auf ausdrückliches Befragen im Senatstermin erklärt, er habe die Gutachten gelesen und als richtig gebilligt. Die für den Rechtsstreit entscheidenden Feststellungen des Sachverständigen sind im übrigen auch vollständig überzeugend. Es kommt im Ergebnis nicht darauf an, ob die Chance des Klägers, durch eine ASS-Behandlung das Schlaganfallrisiko zu senken, höher (etwa 30 %) oder niedriger (13 % oder weniger) war. In beiden Fällen ist die Ursächlichkeit nicht bewiesen. Die Bewertung der Vorgehensweise des Zeugen Dr. K. durch den Sachverständigen bleibt davon unberührt. Sie ist vor dem Hintergrund der gegebenen Befundlage auch vollkommen überzeugend. Der Kläger erkennt, dass nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme die Behandler eben nicht davon ausgehen mussten, bei dem Kläger hätten sich die typischen Anzeichen einer TIA (Halbseitenlähmungssymptome) gezeigt.

1. Der Kläger hat auch nicht bewiesen, dass die Behandler in der Nacht vom 19. auf den 20. 58 Oktober 1991 durch fehlerhafte Behandlung den eingetretenen Schaden vergrößert oder durch unterlassene Maßnahmen nicht vermindert haben. Der einzige Anhaltspunkt, eine zu rasche Blutdrucksenkung, hat sich nicht bestätigt. Der Sachverständige hat nach nochmaliger Auswertung der Dokumentation festgestellt, dass es entgegen den Ausführungen im Arztbrief vom 22. Oktober 1991 trotz einer begonnenen antihypertensiven Therapie nicht zu einer massiven Blutdrucksenkung gekommen ist. Die gemessenen und dokumentierten Blutdruckwerte lagen insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Kläger vorbekannter Hypertoniker war, im Schnitt im hoch normalen Wert. Kein Blutdruckwert zu Zeiten der erneuten klinischen Verschlechterung war weder absolut noch relativ kritisch niedrig (Gutachten vom 27. Mai 2000, S. 7, Bl. 538 d. A.). Diese Feststellungen hat der Kläger auch nicht mehr angegriffen. Es kann deshalb dahinstehen, ob eine massive Blutdrucksenkung 1991 noch eine standardgerechte Therapiepraxis gewesen ist.

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 59

Wert der Beschwer des Klägers: über 60.000,00 DM. 60

Berufungsstreitwert: 125.978,50 DM. 61