
Datum: 31.03.2004
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 191/00
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2004:0331.5U191.00.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 244/98

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Landgerichts Köln vom 16.8.2000 (25 O 244/98) wird auf seine Kosten zurückgewiesen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110% des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

- | | |
|--|--------|
| Der Kläger begehrt Schmerzensgeld und Feststellung der Erstattungspflicht für materielle und immaterielle Ansprüche wegen erlittener Hirninfarkte, die er auf ärztliche Behandlungsfehler zurückführt. | 1
2 |
| Am 6.6.1993 erlitt der Kläger im Rahmen eines Einsatzes als freiwilliger Rettungssanitäter einen Unfall, bei dem er sich eine Tibiakopffraktur am rechten Knie zuzog. Er wurde in das | 3 |

Klinikum M, dessen Träger die Beklagte ist, eingeliefert und operativ versorgt. Er erhielt zur Thromboseprophylaxe täglich Heparin. Eine Thrombozytenmessung fand am 7.6. und am 17.6.1993 statt und ergab unauffällige Werte von 187.000/ul und 153.000/ul. In der Folgezeit – frühestens am 15.6.1993, spätestens am 16.6.1993 - klagte der Kläger über heftige Kopfschmerzen. Dem Kläger wurde gegen diese Kopfschmerzen am 16.6.1993 zur Selbstbehandlung eine Spraydose mit Ergotamin zur Verfügung gestellt. Im weiteren Verlauf, spätestens am 17.6.1993, kam es zu erheblichen neurologischen Auffälligkeiten, vor allem einer sich immer weiter ausbildenden Hemiparese links und zu Schluckbeschwerden. Am 16.6. oder am 17.6.1993 (das genaue Datum ist zwischen den Parteien streitig) wurde erstmals konsiliarisch ein Neurologe hinzugezogen, wobei der Verdacht auf eine migränöse rechtshirnige Ischämie geäußert, die Gabe von HAES und Heparin low-dose empfohlen und eine CT-, EEG- und Doppleruntersuchung der Halsgefäße angeregt wurde. Durchgeführt wurde nur die Gabe von HAES. Am Nachmittag des 17.6.1993 verschlechterte sich der Zustand des Klägers weiter. Die erneute konsiliarische Hinzuziehung eines Neurologen führte zur umgehenden Verlegung des Klägers in die Neurologie der Uniklinik L, wo ein Posteriorinfarkt rechts sowie Infarkte im Bereich der Aorta thalamo-perforata diagnostiziert wurden. Der Kläger ist als Folge dieser Infarkte dauerhaft gelähmt und auf den Rollstuhl angewiesen. Er leidet unter Sprach-, Seh- und Schluckstörungen. Er ist Vollinvalide und dauerhaft auf fremde Betreuung angewiesen.

Der Kläger hat den Ärzten der Beklagten vorgeworfen, falsch und zu spät auf die beginnenden Anzeichen eines Hirninfarktes reagiert zu haben. Die Thromboseprophylaxe sei verfehlt gewesen, vor allem seien die Blutwerte ganz unzulänglich kontrolliert worden. Auf die schwerwiegenden Kopfschmerzen, die bereits deutlich vor dem 16.6.1993 eingesetzt hätten und auf die er das Pflegepersonal hingewiesen habe, sei zu spät reagiert worden. Die notwendigen Untersuchungen seien schuldhaft unterlassen worden, namentlich die Durchführung eines Computertomogramms. Auch hätten sich bereits vor dem 16.6.1993 neurologische Auffälligkeiten gezeigt, insbesondere Augenzittern. Hingegen habe er nie unter Migräne gelitten. Die Ärzte seien bei den Kopfschmerzen zu Unrecht davon ausgegangen und hätten sich dadurch den Blick auf die wahre Ursache der Beschwerden verstellt. Diese liege nämlich, wie der Kläger unter Bezug auf ein im Parallelprozess (5 U 42/99) eingeholtes Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. I behauptet hat, in einer heparininduzierten Thrombopenie vom Typ II (HIT-II-Syndrom). Diese hätte erkannt werden können, wenn in kürzeren Abständen die Thrombozytenwerte kontrolliert worden wären. Insgesamt hätten durch ein früheres sachgerechtes Handeln die eingetretenen Folgen abgewendet werden können.

4

Die Beklagte hat behauptet, das Zustand des Klägers sei bis zum 16.6.1993 ganz unauffällig gewesen. Erst an diesem Tag habe er über Kopfschmerzen geklagt und erst am 17.6.1993 sei es zu erheblichen Beschwerden und zu neurologischen Auffälligkeiten gekommen. Auf diese sei auch sachgerecht durch Hinzuziehung eines Neurologen am Morgen des 17.6.1993 reagiert worden. Auch die umgehende Verlegung am Abend des 17.6.1993 habe eine sachgerechte Reaktion dargestellt. Eine häufigere Messung der Thrombozytenwerte hätte keinen Anhaltspunkt auf ein beginnendes HIT-II-Syndrom ergeben.

5

Die Kammer hat Zeugen zum Zustand des Klägers während der Zeit des Aufenthaltes bei der Beklagten vernommen und Sachverständigengutachten eingeholt. Sie hat danach die Klage mit der Begründung abgewiesen, die behandelnden Ärzte hätten nicht fehlerhaft gehandelt. Nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. O beruhten die Infarkte des Klägers nicht auf einem HIT-II-Syndrom, sondern eher auf einer Blutgerinnungsstörung. Diese habe nicht erkannt werden können. Die Kopfschmerzen seien nicht als Alarmzeichen zu werten

6

gewesen, neurologische Auffälligkeiten, die ein sofortiges Einschreiten gefordert hätten, seien nicht erwiesen. Wegen der weiteren Begründung wird auf das angefochtene Urteil Bezug genommen.

Mit seiner gegen das Urteil der Kammer eingelegten Berufung verfolgt der Kläger seine ursprünglichen Klageziele unverändert weiter. Er meint, die Kammer hätte den verbleibenden Unklarheiten erheblich weiter nachgehen müssen. Zu den tatsächlichen Unklarheiten gehöre insbesondere ein weiterer Konsilanforderungsschein, der auf den 16.6.1993 datiere und auf dem schon von erheblichen neurologischen Auffälligkeiten berichtet werde, auf den aber offensichtlich nichts erfolgt sei, insbesondere das angeforderte Konsil nicht stattgefunden habe. Zu Unrecht sei auch die Aussage der Zeugin H2 zum Zustand des Klägers in Zweifel gezogen worden. Auch aus dieser ergäben sich frühzeitige neurologische Auffälligkeiten. Der Kläger hält an seiner Auffassung fest, dass auf die Anzeichen unzulänglich und verspätet reagiert worden sei, dass ein HIT-II-Syndrom bei ihm vorliege, dass bei ordnungsgemäßer Kontrolle der Blutwerte sich dies rechtzeitig ergeben hätte und dass die Verabreichung von Ergotaminspray, namentlich zur Selbstbehandlung, grob fehlerhaft gewesen sei.

Der Kläger beantragt,

unter Abänderung des angefochtenen Urteils

1. die Beklagte zu verurteilen, an ihn ein der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld nebst 4% Zinsen seit dem 5.8.1998 zu zahlen, mindestens jedoch 250.000.- DM;

2. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger sämtlichen materiellen und immateriellen Zukunftsschaden zu ersetzen, der ihm durch den „ischämischen Posteriorinfarkt rechts, Kleinhirnininfarkte links und Thalamusinfarkt rechts“ entsteht, soweit die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen Dr. Q, Dr. I2 und Dr. C sowie durch Einholung eines Sachverständigengutachtens nebst Ergänzungsgutachten und mündlicher Anhörung. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsprotokolle vom 29.10.2001 (Bl. 417 ff.), 1.12.2003 (Bl. 617 ff.) und 25.2.2004 (Bl. 646 ff.) sowie auf die schriftlichen Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. I vom 18.8.2002 (Bl. 442 ff.) und 4.7.2003 (Bl. 535 ff.) verwiesen. Die Akten 5 U 42/99 OLG Köln waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Hinsichtlich aller Einzelheiten des Parteivorbringens wird Bezug genommen auf die gewechselten Schriftsätze und die ihnen beigefügten Anlagen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung bleibt in der Sache ohne Erfolg. Auch nach dem Ergebnis der vom Senat durchgeführten Beweisaufnahme steht nicht fest, dass die eingetretenen Hirninfarkte und die durch sie ausgelösten gesundheitlichen Folgen auf ein fehlerhaftes Verhalten der bei der Beklagten angestellten Ärzte oder des bei der Beklagten angestellten Pflegepersonals

zurückzuführen sind. Soweit den Ärzten Behandlungsfehler vorgeworfen werden können, steht entweder fest, dass sie nicht für den gesundheitlichen Zustand des Klägers verantwortlich sind, oder es kann zumindest nicht geklärt werden, dass ein solcher Ursachenzusammenhang besteht, was zu Lasten des Klägers geht. Von daher kann er die Beklagte unter keinem denkbaren Gesichtspunkt auf Schmerzensgeld und Schadensersatz in Anspruch nehmen.

Im einzelnen gilt folgendes:

19

1.

20

Es war nicht behandlungsfehlerhaft, den Kläger zur Thromboseprophylaxe überhaupt oder in der vorgenommenen Dosierung mit Heparin zu behandeln. Der Senat geht zwar davon aus, dass die Gabe von Heparin ursächlich für die erlittenen Hirninfarkte war, weil beim Kläger eine heparininduzierte Thrombozytopenie auftrat (HIT-II-Syndrom). Der Senat folgt insoweit dem gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. I, der sowohl in diesem als auch im Parallelprozess (5 U 42/99) eingehend mit der Sache befasst war und mehrere Gutachten erstattet hat, und der hinsichtlich dieses Ursachenzusammenhangs keinen Zweifel hat. Seine Feststellungen stehen auch in Einklang mit denen weiterer Gutachter (Prof. Dr. E, Prof. Dr. H, Dr. M2). Andere plausible Ursachen sind demgegenüber auch von Gutachtern, die Zweifel an der Ausbildung eines HIT-II-Syndroms geäußert haben, nicht vorgebracht worden.

21

Den behandelnden Ärzten kann indes nicht zum Vorwurf gemacht werden, den Kläger gleichwohl mit Heparin behandelt zu haben. Dass der Kläger deshalb gefährdet sein könnte und von der standardmäßigen und medizinisch gebotenen Thromboprophylaxe mit Heparin besser hätte abgesehen werden sollen, war für die behandelnden Ärzte nicht erkennbar. Es handelt sich, wie sich aus allen Gutachten ergibt, bei dem HIT-II-Syndrom um eine sehr seltene Komplikation. Anhaltspunkte für eine entsprechende Gefährdung des Klägers gab es nicht. Es lagen auch ansonsten keinerlei Gegenanzeigen für die Gabe von Heparin beim Kläger vor, wie der Sachverständige Prof. Dr. I eindeutig festgestellt hat (Bl. 453 f. GA). Vorwürfe in diese Richtung erhebt der Kläger auch nicht. Auch hat der Senat aufgrund der durchgeführten Beweisaufnahme keinen Anhaltspunkt, dieser Frage weiter nachzugehen.

22

2.

23

Behandlungsfehlerhaft haben zwar die behandelnden Ärzte die Blutwerte, hier insbesondere die Thrombozytenwerte, nicht in ausreichendem Maße kontrolliert. Hier ergibt sich übereinstimmend aus allen vorliegenden Sachverständigengutachten (und wird mittlerweile von der Beklagten auch eingeräumt), dass der Abstand der Untersuchungen zwischen dem 7.6.1993 und dem 17.6.1993 unverhältnismäßig lang war, wobei es auf die unter den Sachverständigen umstrittene Frage, ob eine zweitägige Kontrolle angezeigt gewesen wäre oder ein längerer (bis fünftägiger) Abstand ausgereicht hätte, nicht ankommt.

24

Dieser Behandlungsfehler hat sich allerdings nachweislich nicht ausgewirkt. Auch bei einer dichteren Kontrolle der Thrombozytenwerte hätte sich ein sich entwickelndes HIT-II-Syndrom nicht feststellen lassen. Dies ergibt sich wiederum eindeutig aus dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. I. Typisch für das HIT-II-Syndrom ist ein Abfall der Blutplättchen auf Werte deutlich unter 100.000/ul oder ein plötzlicher Abfall um mehr als die Hälfte (Bl. 459 GA). Typisch ist ferner ein erst allmählicher und dann plötzlich einsetzender Abfall der Werte. Hier lagen die Werte mit 187.000/ul am 7.6.1993 und 153.000/ul am 17.6.1993 in einem Bereich, der jeweils als völlig normal zu bezeichnen ist (nämlich höher als 150.000/ul). Weder wurde die kritische Grenze von 100.000 auch nur annähernd erreicht, noch lag ein plötzlicher

25

Abfall auf weniger als 50% des Ausgangswertes vor. Vielmehr ereignete sich ein dramatischer und für das HIT-II-Syndrom typischer Abfall erst in den folgenden Tagen, an denen Werte bis 38.000 gemessen wurden. Die von Prof. Dr. H im Rahmen einer privaten Begutachtung aufgestellte These, es sei theoretisch denkbar, dass zwischen dem 7.6. und dem 17.6.1993 spontan so hohe Werte (über 300.000) aufgetreten seien, dass der am 17.6.gemessene Wert einen Hinweis auf ein HIT-II-Syndrom hätte sein können, hat der Sachverständige Prof. Dr. I nicht bestätigen können. Es könne nicht vorausgesetzt werden, dass nach einem Trauma automatisch die Thrombozytenzahl in derartiger Weise ansteige. Selbst wenn dies hier aber angenommen würde, hätte ein derart hoher Wert eher eine Anomalie dargestellt, und eine Messung von 153.000 am 17.6.1993 hätte nicht etwa den Schluss auf HIT-II-Syndrom gerechtfertigt, sondern nur auf die Normalisierung der Blutwerte gedeutet (Bl. 473 f.). Dem folgt der Senat. Die These von Prof. Dr. H wäre darüber hinaus aber auch aus rechtlichen Gründen nicht relevant. Nach den vom Bundesgerichtshof entwickelten Grundsätzen über die Verletzung von Befunderhebungspflichten (um einen solchen Fehler ginge es bei der unterlassenen Kontrolluntersuchung) gingen Ungewissheiten hinsichtlich des weiteren Kausalverlaufs nur dann zu Lasten der Beklagten, wenn sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiger Befund (hier außergewöhnlich hohe Thrombozytenwerte) ergeben hätte (vgl. BGH VersR 1999, 60; VersR 1999, 231; VersR 1999, 1282). Davon aber kann schon nach dem Gutachten H, erst recht aber nach dem Gutachten I nicht gesprochen werden.

3. 26

Ein etwaiger Behandlungsfehler durch unterlassene Antikörperbestimmung wäre ebenfalls 27 nicht ursächlich geworden für die eingetretenen Schädigungen des Klägers. Der Nachweis von Antikörpern gegen Heparin hätte zwar grundsätzlich die Gefahr eines drohenden Infarktes deutlich machen können. Nach dem Gutachten I ist auch davon auszugehen, dass solche Laboruntersuchungen standardmäßig durchzuführen sind – und zwar auch schon zum damaligen Zeitpunkt –, wenn klinische Komplikationen beobachtet werden, die auf ein HIT-II-Syndrom hinweisen könnten. Hingegen besteht kein Anlass, bei jeder Heparinbehandlung eines Patienten vorsorglich eine Antikörperbestimmung durchzuführen. Hinweise auf ein sich anbahnendes HIT-II-Syndrom gab es jedoch bis zum 15.6.1993 auch nach dem Vortrag des Klägers nicht. Eine an diesem Tag veranlasste Antikörperbestimmung hätte keinen Einfluss mehr auf das weitere Geschehen nehmen können, da die Ergebnisse der Laboruntersuchungen regelmäßig erst nach mehreren (etwa 2 – 3) Tagen zur Verfügung gestanden hätten. Dies gilt, wie der Sachverständige I ausgeführt hat, selbst heute und selbst unter den Bedingungen einer Universitätsklinik noch.

4. 28

Den Ärzten der Beklagten sind auch keine sonst etwa unterlassenen Untersuchungen oder 29 Therapien für die Zeit bis einschließlich 15.6.1993 anzulasten. Nach dem Ergebnis der erst- wie zweitinstanzlichen Beweisaufnahme ist davon auszugehen, dass es bis zum Auftreten der Kopfschmerzen des Klägers am 15.6.1993 keine Hinweise gab, die auf die Gefahr eines HIT-II-Syndroms hindeuteten und Anlass zu Reaktionen seitens der Ärzte oder des Pflegepersonals gegeben hätten, und sei es zunächst nur in Form weitergehender Untersuchungen. Dass der Kläger am 15.6.1993 erstmals über Kopfschmerzen klagte, ist zwar nicht unmittelbar einer Pflegedokumentation, wohl aber zwei Arztbriefen (Dr. X vom 8.7.1993 und Dr. L2 15.9.1993) zu entnehmen. Hiervon ist auszugehen. Auch die Vernehmung der Zeugen N und H2 in erster Instanz hat nichts ergeben, was auf einen früheren Zeitpunkt schließen lassen könnte. Beide Aussagen sind im Hinblick auf Daten

unergiebig. Die Zeugin H2 hat ihren Besuch, bei dem der Kläger ihr gegenüber über Kopfschmerzen geklagt haben soll und bei dem sie außerdem ein Augenzittern bemerkt haben will, ohnehin auf „maximal zwei Tage vor der Einlieferung in die Universität“ datiert (Bl. 247 GA), also auf frühestens 15.6.1993. Die Angaben des Zeugen N sind insgesamt zu vage, um einen festen Anhaltspunkt für frühzeitige Warnhinweise im Befinden des Klägers zu geben. Er erinnerte sich detailliert vor allem an das dem Kläger verabreichte Medikament Ergotamin, das diesem aber unstreitig erst am 16.6.1993 zur Verfügung gestellt worden war. Im übrigen bekundete er nur allgemein von einer etwas deprimierten Grundstimmung des Klägers, die weder zeitlich einzuordnen ist noch einen fassbaren Hinweis auf eine sich anbahnende Komplikation im Sinne eines HIT-II-Syndroms liefert.

5. 30

Es liegt ferner kein Behandlungsfehler dadurch vor, dass auf besondere neurologische Auffälligkeiten am 16.6.1993 nicht reagiert worden wäre. Der Kläger schließt aus einem von der Zeugin Dr. Q unterzeichneten Konsilanforderungsschein, der auf den 16.6.1993 datiert und unter anderem Schluckbeschwerden, Muskelschwäche und Kribbelparaesthesien sowie migräneartige Kopfschmerzen ausweist, dass bereits im Laufe des 16.6.1993 ein neurologisches Konsil angefordert worden sei, jedoch an diesem Tag nicht stattgefunden habe und auch sonst keine gebotenen Maßnahmen getroffen worden seien. Nach der Vernehmung der Zeuginnen Dr. Q und Dr. I2 steht allerdings fest, dass es sich bei der Datierung um einen Irrtum der Zeugin Dr. Q gehandelt hat, und dass die auf dem Schein vermerkten Beobachtungen dem Nachmittag des 17.6.1993 zuzuordnen sind. Die Zeugin Dr. Q hat eindeutig bestätigt, dass sie erst am 17.6.1993 nachmittags zum Dienst eingeteilt gewesen sei, nicht aber am 16.6.1993, und dass die Verlegung des Klägers in das Uniklinikum noch am Abend desselben Tages stattgefunden habe. Bestätigt wird dies auch durch die Aussage der Zeugin Dr. I2 und durch den Inhalt der Aufzeichnungen selbst, die beispielsweise auf ein neurologisches Konsil durch Prof. C2 vom gleichen Tag Bezug nimmt, das unstreitig erst am Morgen des 17.6.1993 stattgefunden hat.

31

6. 32

Von einer behandlungsfehlerhaft unterlassenen Reaktion auf spezifisch neurologische Auffälligkeiten (außer Kopfschmerzen) am 15.6. oder 16.6.1993 kann auch im übrigen nicht ausgegangen werden. Dass es derartige Auffälligkeiten gegeben habe, ist nicht erwiesen. Dokumentiert ist diesbezüglich nichts. Vielmehr stammen die ersten in der Dokumentation nachweisbaren neurologischen Auffälligkeiten vom Vormittag des 17.6.1993, was zur konsiliarischen Heranziehung von Prof. C2 führte. Der Kläger stützt sich insoweit auf die Beobachtungen der Zeugin H2, die bekundet hat, am 15. oder 16.6.1993 (ein sicheres Datum lässt sich – wie oben dargelegt – der Aussage nicht entnehmen) den Kläger besucht zu haben. Sie hat zwar bekundet, dass sie ein deutliches Augenzittern beim Kläger beobachtet habe. Mit Recht hat aber schon das Landgericht dies nicht als überzeugend angesehen. Diese vermeintliche Beobachtung steht in Widerspruch ebenso zu den Beobachtungen des Zeugen N wie zu denen der Ärzte, die am 17.6.1993 Anlass sahen, sofort einen Neurologen hinzuzuziehen, und dabei ein Augenzittern nicht feststellen konnten. Es ist nicht auszuschließen, dass die Zeugin hier einer Verwechslung mit der beim Kläger seit jeher vorliegenden Störung des Augenlides, die auch auf dem Konsilanforderungsschein der Zeugin Dr. Q vermerkt ist, unterliegt. Insgesamt schließt sich der Senat der Würdigung durch die Kammer an und sieht zu weiterer Aufklärung in diesem Punkt keinen Anlass.

33

7. 34

35

Mit dem Sachverständigen Prof. Dr. I (und weiteren Gutachtern) ist allerdings davon auszugehen, dass auf die seit dem 15.6.1993 bestehenden Kopfschmerzen nicht adäquat reagiert wurde, was als Behandlungsfehler zu werten ist. Kopfschmerzen im Zusammenhang mit einer Heparinbehandlung seien als grundsätzlich alarmierend zu werten. Sie ließen auf Komplikationen schließen, bei denen zwar vorrangig an eine Einblutung in das Gehirn oder einen Verschluss der zum Gehirn führenden Gefäße zu denken sei, aber auch das Auftreten eines HIT-II-Syndroms hätte in Erwägung gezogen werden müssen. Die Informationen hierzu hätten den Ärzten der Beklagten bekannt sein müssen, obwohl die Erkenntnisse zu diesem Syndrom damals noch relativ neu gewesen seien, wie der Sachverständige insbesondere noch einmal im Rahmen der mündlichen Anhörung verdeutlicht hat. Die Gebrauchsinformation für das verwendete Heparin habe jedenfalls schon auf die Gefahr eines HIT-II-Syndroms hingewiesen. Dies hätte die behandelnden Ärzte frühzeitig zu weiteren Untersuchungen wie einer CT-Aufnahme des Kopfes, zu einer Ultraschalluntersuchung der zum Gehirn führenden Arterien und sodann zu einer Magnetresonanztomographie veranlassen müssen. Dass all dies unterlassen worden sei, sei als Behandlungsfehler zu werten. Diesen in jeder Hinsicht nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen schließt der Senat sich an.

Indes steht fest, dass die notwendigen Untersuchungen, wären sie erfolgt, nicht die eingetretenen Folgen hätten verhindern können. Dies gilt zunächst hinsichtlich der Schädel-CT-Aufnahme, der nach Ansicht des Gutachters vorrangige Bedeutung zugekommen wäre. Der Sachverständige hat hierzu ausgeführt, dass die Computertomographie nicht in der Lage sei, die Gefahr eines drohenden Infarktes anzuzeigen. Vielmehr könne hierdurch mit Sicherheit nur eine Einblutung in das Gehirn nachgewiesen werden. Dies stelle zwar eine typische Komplikation der Heparinbehandlung dar, habe aber beim Kläger mit Gewissheit nicht vorgelegen. Die im Uniklinikum L nach der Verlegung durchgeführte CT-Untersuchung habe dies mit absoluter Sicherheit ergeben. Das CT wäre insoweit folglich unauffällig gewesen. Der Sachverständige hat ferner im Rahmen des schriftlichen Gutachtens vom 18.8.2003 ausgeführt, dass ein Infarkt durch das CT nur verzögert zum Insult angezeigt werden könne. Aus der Tatsache, dass das CCT vom 17.6.1993 aus der Uniklinik bereits einen Infarkt angezeigt habe, müsse geschlossen werden, dass dieser sich bereits ein bis zwei Tage zuvor ereignet habe, was im übrigen gut zum Zeitpunkt der geklagten Beschwerden passe. Ob ein frühzeitiger angefertigtes Computertomogramm den Infarkt bereits hätte nachweisen können, sei ungewiss. Jedenfalls sei zu einem Zeitpunkt, an dem ein Infarkt im CT nachweisbar sei, keine Möglichkeit der Verhinderung mehr gegeben. Im Rahmen der mündlichen Anhörung hat der Sachverständige noch einmal zusammenfassend bestätigt, dass ein CT vor allem zum Ausschluss einer Einblutung erforderlich gewesen sei, und dass ein früher durchgeführtes CT beim Kläger unauffällig gewesen sei. Diese Ausführungen sind eindeutig und überzeugend. Insoweit wird auch seitens des Klägers nichts vorgebracht, was weiterführende Aufklärung erfordern würde.

Gleiches gilt für die sonographische Untersuchung der zum Gehirn führenden Gefäße. Auch hier steht sicher fest, dass es einen Gefäßverschluss als Ursache eines Infarktes nicht gegeben hat. Die entsprechenden Untersuchungen nach der Verlegung in das Uniklinikum waren unauffällig. Auch diese von den Ärzten der Beklagten grundsätzlich zu leistende Untersuchung hätte demnach keine für den Kläger günstige Entwicklung des Verlaufs bewirken können.

Die Durchführung eines MRT hätte zwar grundsätzlich einen sich entwickelnden Infarkt nachweisen können, wie sich aus den Ausführungen des Sachverständigen ergibt. Auch diese Maßnahme hätte ergriffen werden müssen, da die zuvor durchzuführenden

Untersuchungen mittels CT und Sonographie zu keinem klaren Ergebnis hinsichtlich der Ursache des Kopfschmerzes gekommen wäre, wie es hier der Fall war. Daran ändert sich grundsätzlich nichts dadurch, dass ein solches Gerät zum damaligen Zeitpunkt unstreitig im Klinikum der Beklagte nicht zur Verfügung stand, so dass eine Verlegung oder aber ein Verbringen des Klägers zu einem auswärtigen Radiologen erforderlich gewesen wäre. Auch gab es im Falle des Klägers keinen Hinderungsgrund durch ein Augenimplantat, das (wegen der Gefahr der Überhitzung) eine kernspintomografischen Untersuchungen verboten hätte. Die Existenz eines solchen Implantates, das der erstinstanzlich tätige Sachverständige und ihm folgend die Kammer zugrunde gelegt hat, findet nirgendwo eine konkrete Stütze. Es liegt, wie der Sachverständige Prof. Dr. I selbst festgestellt hat, auch nicht vor.

Allerdings ist auch hier zumindest ungewiss, ob eine solche Untersuchung noch rechtzeitig hätte erfolgen können, um Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Folgen des beginnenden Infarktes zu ergreifen. Der Sachverständige Prof. Dr. I hat im Rahmen seiner mündlichen Anhörung zuletzt recht eindeutig ausgeführt, dass bei Einsatz eines Kernspintomographen sich zwar gegebenenfalls das Infarktgeschehen gezeigt hätte, man dann aber nichts mehr hätte machen können (Bl. 620 GA). Eine Lysebehandlung wäre zu spät gekommen, sie wäre ohnehin kontraindiziert gewesen. Einzig möglich gewesen wäre die sofortige Absetzung des Heparins. Dies allein hätte aber den begonnenen Infarzierungsprozess nicht mehr aufhalten können. Es sei zwar denkbar, dass sich der Infarkt später weiter vergrößert habe. Aber auch dies sei nicht beeinflussbar gewesen, da die Entwicklung des HIT-II-Syndroms grundsätzlich dosisunabhängig sei. Auch insoweit folgt der Senat dem Sachverständigen und sieht danach keine weitere Möglichkeit zu weiterer Sachaufklärung. Das gilt auch vor dem Hintergrund, dass eine Verlegung des Klägers zum Zwecke einer abklärenden MRT-Untersuchung sicherlich nicht schon am 15.6.1993 veranlasst war. Dies folgt schon daraus, dass völlig offen ist, ab wann genau die Kopfschmerzen am 15.6.1993 Ärzten oder Pflegepersonal bekannt waren, was zu Lasten des beweispflichtigen Klägers geht. Zu berücksichtigen ist ferner, dass zunächst vorrangigen Verdachtsdiagnosen (Blutungen, Gefäßverschlüssen) durch andere Untersuchungen nachzugehen war (CT, Sonographie), was die notwendige Zeit beansprucht hätte. Schließlich hätte eine Verlegung, die nicht notfallmäßig erfolgte, sondern zum Zwecke vorsorglicher Abklärung, erst organisiert werden müssen. Insgesamt folgt daraus, dass auch die gebotenen Untersuchungen letztlich kaum noch einen erheblichen Zeitgewinn hätten erbringen können.

8. 40

Fehlerhaft war nach Auffassung des Sachverständigen ferner, dass die Ärzte der Beklagten nicht unmittelbar nach Auftreten der Kopfschmerzen vorsorglich auf die weitere Gabe von Heparin verzichtet haben. Auch hier stellen sich die dargelegten Kausalitätsbedenken, wonach ein sich ausbildendes HIT-II-Syndrom nach Auftreten der ersten Symptome wohl nicht mehr aufzuhalten war. Insoweit gingen Zweifel ebenfalls zu Lasten des Klägers. Beweiserleichterungen, insbesondere aber eine Umkehr der Beweislast würden voraussetzen, dass das unterlassene Absetzen des Heparins sich als grober Behandlungsfehler darstellen würde. Davon kann nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. I (und erst recht nach den Ausführungen der erstinstanzlich tätigen oder seitens der Gutachterkommission tätigen Gutachter) keine Rede sein. Es würde voraussetzen, dass die Ärzte diesbezüglich eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und damit einen Fehler begangen hätten, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint. Das ist hier schon deshalb zu verneinen, weil das HIT-II-Syndrom im Jahre 1993 nach Auskunft des Sachverständigen Prof. Dr. I zwar bei Neurologen bekannt war, keineswegs aber ohne

weiteres auch bei Chirurgen oder Orthopäden. Es ist danach schon zweifelhaft, ob es sich bei dem sofortigen Absetzen von Heparin im Falle auftretender Kopfschmerzen zum damaligen Zeitpunkt tatsächlich schon um eine „bewährte“ Behandlungsregel gehandelt hat. Jedenfalls aber wäre ein Verstoß dagegen nicht gänzlich unverständlich. Dies wird in besonderer Weise dadurch bestätigt, dass auch die Uniklinik als Sofortmaßnahme trotz des erkannten Infarktes nicht etwa sofort Heparin absetzte, sondern umgekehrt sogar eine Vollheparinisierung durchführte.

9.

42

Behandlungsfehlerhaft war es schließlich, dem Kläger am 16.6.1993 zur Behandlung der aufgetretenen und sich immer weiter verschlimmernden Kopfschmerzen Ergotaminspray zur Verfügung zu stellen, das der Kläger sich selbst verabreichen konnte. Auch dies hat der Sachverständige Prof. Dr. I in aller Deutlichkeit sowohl in den schriftlichen Gutachten (auch im Parallelverfahren 5 U 42/99) als auch im Rahmen der mündlichen Erörterung ausgeführt. Ergotamin sei ein Mutterkornalkaloid und damit ein Medikament, das als Komplikation Gefäßspasmen auslösen könne, die wiederum in der Lage seien, ein auf anderen Ursachen beruhendes Infarktgeschehen zu befördern und zu verstärken und (in allerdings sehr seltenen Fällen) selbst Schlaganfälle auszulösen. Es handele sich um ein typisches Migränemittel, das zudem im Jahre 1993 schon als veraltet anzusehen gewesen sei. Seine Verabreichung sei bei einem Patienten mit Zustand nach Trauma, Operation und Vollnarkose, bei dem sich nach 8 Tagen Kopfschmerzen einstellten, selbst dann grundsätzlich falsch und riskant, wenn von einer Migräne auszugehen sei. Erst recht gelte dies, wenn keine besonderen Umstände auf das Vorliegen einer Migräne hinwiesen. Erst recht fehlerhaft sei es, einem Patienten ein Spray zur Selbstmedikation zu überlassen, ohne dass der bestimmungsgemäße Gebrauch überwacht werden könne oder sonst gewährleistet sei. Auch diesen Ausführungen des Sachverständigen folgt der Senat. Auch hier stehen die Ausführungen des Sachverständigen im wesentlichen in Einklang mit denen anderer Sachverständiger (Prof. E, Dr. C3, Dr. M2). Insbesondere folgt der Senat schon aus rechtlichen Gründen der Aussage, dass ein Medikament, das nicht unerhebliche Nebenwirkungen auslösen kann, nicht der eigenverantwortlichen Einnahme durch den Patienten überlassen werden kann. Dies gilt auch dann, wenn – wie die Beklagte behauptet – ein deutlicher Hinweis zur Höhe der maximalen Dosierung erfolgt sein sollte. Ein Arzt (oder auch das Pflegepersonal eines Krankenhauses) darf sich jedenfalls dann nicht darauf verlassen, dass ein solcher Hinweis befolgt wird, wenn ein Patient unter starken Schmerzen leidet.

43

Allerdings steht auch insoweit nicht fest, dass sich dieser Fehler für den Gesundheitszustand des Klägers nachteilig ausgewirkt hat. Dies geht wiederum zu Lasten des beweispflichtigen Klägers. Hinsichtlich der Gefahr, dass allein durch eine Überdosierung von Ergotamin ein Schlaganfall mit der Folge des anschließenden Infarktes ausgelöst worden wäre, kann dies nahezu ausgeschlossen werden. Die Wahrscheinlichkeit liegt, wie der Sachverständige Prof. Dr. I im Rahmen der mündlichen Anhörung ausgeführt hat, im unteren Promillebereich. Sie wird zwar durch übermäßigen Gebrauch des Medikaments erhöht, bleibt aber auch dann noch immer im Bereich unterhalb eines Prozentes. Auch die veröffentlichten Studien über entsprechende Risiken gehen erst bei einem Missbrauch, der sich über Wochen oder Monate hinzieht, von einem signifikanteren Risikoanstieg aus. Mit dieser Klarstellung im Rahmen der mündlichen Anhörung (die allerdings auch schon im Rahmen des zweiten schriftlichen Gutachtens weitgehend erfolgte, Bl. 555 GA) hat der Sachverständige Prof. Dr. I sich grundsätzlich der entsprechenden Beurteilung durch den erstinstanzlich tätigen Sachverständigen Prof. Dr. O angeschlossen. Damit aber käme dem Kläger insoweit eine

44

Beweiserleichterung selbst dann nicht zugute, wenn hier ein grober Behandlungsfehler zu bejahen wäre, denn Beweiserleichterungen hinsichtlich des Kausalverlaufs sind ausgeschlossen, wenn der Kausalzusammenhang „ganz unwahrscheinlich“ ist (BGHZ 85, 212, 216 ff; BGH NJW 1998, 1780; std. Rspr.).

Ob von „gänzlicher Unwahrscheinlichkeit“ auch hinsichtlich der Gefahr auszugehen ist, dass eine Überdosierung des Ergotamins (über einen Zeitraum von ein bis zwei Tagen) ein durch ein HIT-II-Syndrom ausgelöstes Infarktgeschehen begünstigt oder verstärkt haben kann, wofür es an medizinischen Untersuchungen fehlt, kann letztlich dahinstehen. Insoweit käme eine Beweislastumkehr zugunsten des Klägers zwar bei Annahme eines groben Behandlungsfehlers in Betracht. Jedoch kann der Senat nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter Würdigung aller Umstände nicht vom Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers ausgehen. Der Sachverständige Prof. Dr. I hat im unkontrollierten Zurverfügungstellen des Ergotaminsprays nach wiederholter und eingehender Erläuterung der Merkmale, die nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung für die Annahme eines groben Fehlers erforderlich sind (vgl. hierzu aus neuerer Zeit etwa BGH NJW 2001, 2791; NJW 2001, 2792; BGH NJW 2001, 2794; NJW 2001, 2795) einen groben Behandlungsfehler bejaht, falls eine Migräneanamnese nicht gegeben sei, einen groben Fehler hingegen verneint, falls die Ärzte vom Vorliegen einer Migräne hätten ausgehen können. Die Beurteilung der Frage obliegt grundsätzlich dem Gericht, da es sich um eine juristische Wertung handelt (BGH NJW 1978, 2337; std. Rspr.), allerdings bedarf es insoweit hinreichender gutachterlicher Klärung der medizinischen Grundlagen (BGH NJW 2001, 2791 ff., vgl. oben). Hier liegt der Hauptvorwurf – auch aus Sicht des Sachverständigen – nicht in der Wahl des Mittels, sondern in der Überlassung an den Patienten, der den Missbrauch und die Gefährdung erst ermöglichte. Ob dies im Rahmen eines normalen Krankenhausbetriebes als derart gravierend einzustufen ist, dass hierfür kein Verständnis mehr aufgebracht werden kann, erscheint dem Senat als zweifelhaft. Aus Sicht der verordnenden Ärzte und des handelnden Pflegepersonals lag mit „Kopfschmerzen“ eine eher harmlose Allergiserkrankung vor. Die Gefahr eines HIT-II-Syndroms, das zum Absehen von Ergotamin hätte führen müssen, stand den Beteiligten ersichtlich nicht vor Augen. Nebenwirkungen, die ausschließlich auf das Mittel Ergotamin beschränkt waren, lagen im Bereich sehr geringer Wahrscheinlichkeiten. Ein Dosierungshinweis an den Kläger ist anzunehmen. Er ist zwar so nicht ausdrücklich dokumentiert, liegt wohl aber nach der in der Behandlungskarte eingetragenen Dosierungsangabe zumindest nahe. Da der Kläger für Art und Umfang eines Behandlungsfehlers grundsätzlich beweispflichtig ist, kann das Fehlen eines Hinweises nicht unterstellt werden. Insgesamt erscheint dem Senat der Vorgang damit nicht als so gewichtig, dass er nur noch als grober Behandlungsfehler gewertet werden dürfe. Insoweit bezweifelt der Senat nicht etwa die medizinischen Grundlagen, wohl aber die vom Sachverständigen daraus getroffene Wertung. Letztlich kann auch dies aber dahinstehen. Denn auch unter Zugrundelegung der strengeren Auffassung des Sachverständigen ist ein grober Fehler letztlich zu verneinen. Nach der Vernehmung des Zeugen Dr. C steht nämlich zur Überzeugung des Senats fest, dass die behandelnden Ärzte von einer Migräneanamnese des Klägers ausgingen. Der Zeuge hat glaubhaft bekundet, dass er diese Kenntnis vom Bruder des Klägers, dem Zeugen N erlangt habe, mit dem er – da er als Pfleger im Klinikum der Beklagten arbeitete – häufigeren persönlichen Kontakt gehabt und nach den Ereignissen des Juni 1993 auch über den Kläger gesprochen habe. Dabei sei davon die Rede gewesen, dass der Kläger unter Migräne leide. Der Senat hat keinen Anlass, diese Angaben in Zweifel zu ziehen. Der Zeuge machte nicht den Eindruck, als habe er sich eine bestimmte Aussage zurecht gelegt, um die Beklagte zu unterstützen. Dafür ist auch kein besonderer Grund ersichtlich, da er mit der hier streitigen Behandlung des Klägers in keiner Weise befasst war. Die Angaben passen auch widerspruchsfrei zu dem Inhalt der beiden Arztbriefe von Dr. X

vom 8.7.1993 und Dr. L2 vom 15.9.1993. Sie passen ferner zu den Konsultationsanforderungsscheinen, auf denen sowohl die Zeugin Dr. Q als auch Dr. L2 unabhängig voneinander „migräneartige“ Kopfschmerzen vermerkt haben. Schließlich findet sich auch im Aufnahmebericht der Uniklinik vom 17.6.1993 der Hinweis, dass der Kläger am 16.6.1993 „über migräneartige Kopfschmerzen geklagt habe, die ihm wohl auch schon bekannt gewesen seien“. Ob diese Angaben vom Kläger selbst oder (was wahrscheinlicher sein dürfte) von der die Verlegung begleitenden Zeugin Dr. Q stammten, ist unklar. Fest steht jedenfalls, dass die Ärzte der Beklagten von einer Migräneanamnese des Klägers ausgingen, was damit übereinstimmt, dass dies nach den vom Zeugen Dr. C bekundeten Äußerungen des Bruders des Klägers auch tatsächlich der Fall war.

10.	46
Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 97 ZPO.	47
Die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.	48
Für eine Zulassung der Revision liegen die Voraussetzungen nicht vor (§ 543 Abs.2 n.F.).	49
Streitwert: Schmerzensgeldantrag: 127.822,97 €	50
Feststellungsantrag: 127.822,97 €	51
gesamt: 255.645,94 €.	52