
Datum: 08.08.2012
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 52/10
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2012:0808.5U52.10.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 505/06

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 24. März 2010 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln – 25 O 505/06 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden der Klägerin auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Klägerin wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

- A. 2
- Die Klägerin nimmt die beklagten Ärzte, die ihren am 1.6.1946 geborenen und am 20.3.2003 an einer Lebererkrankung verstorbenen Ehemann (im Folgenden: Patient) behandelt haben, auf ererbtes Schmerzensgeld und Feststellung der Ersatzpflicht in Anspruch. 3
- Als dem Patienten 1970 die rechte Niere entfernt wurde, erhielt er Bluttransfusionen, die wahrscheinlich zu einer Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus führten. Im Jahr 1976 wurde eine protrahiert verlaufende akute Hepatitis festgestellt, die in der Folgezeit chronisch persistierte. Während eines stationären Aufenthalts im Universitätsklinikum L im Jahr 1996 zeigte sich bei einer Biopsie unter der Diagnose einer Hepatitis C ein beginnender zirrhotischer Umbau der Leber. Die eingeleitete Behandlung mit dem antiviralen Mittel Interferon wurde wegen Verschlechterung einer bereits 1987 diagnostizierten Schuppenflechte (Psoriasis) abgebrochen. 4
- Ab Februar 1999 behandelte der Beklagte zu 1), der damals als Facharzt für Innere Medizin die Praxis seines Vorgängers übernommen hatte, den Patienten. Nachdem Mitte des Jahres 1999 Unterschenkelödeme auftraten, verordnete er – wie auch wiederholt zu späteren Zeitpunkten – ein entwässerndes Medikament. 5
- Am 11.1.2000 überwies der Beklagte zu 1) den Patienten an den Beklagten zu 3), der als niedergelassener Arzt mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie tätig ist. Ausweislich der elektronisch geführten Patientenakte des Beklagten zu 1) diente die Überweisung der Abklärung einer Behandlung mit Interferon/Ribavirin. Der Beklagte zu 3) führte am 20.1.2000 unter anderem eine Sonografie, die inhomogene Leberbinnenechos ohne den Nachweis umschriebener Veränderungen ergab, und am 17.2.2000 eine Magenspiegelung durch. In dem Arztbrief vom 21.2.2000 heißt es unter Beurteilung: 6
- „Als Komplikation der Zirrhose fanden wir Zeichen einer portalen Hypertension mit Splenomegalie und Ösophagusvarizen I. – II. Grades (ohne Blutungszeichen) sowie eine Thrombozytopenie (...). Auch ist die Leberfunktion zumindest geringgradig gestört bei erniedrigtem Quickwert, erniedrigter Cholinesterase und erhöhtem Gesamtbilirubin. Klinisch liegt noch ein Stadium Child A vor. Eine Interferon-Therapie musste bereits wegen Verschlechterung der ausgeprägten Psoriasis abgebrochen werden. Wir sehen deshalb z. Zt. keinen sinnvollen antiviralen Therapieansatz und empfehlen den weiteren Spontanverlauf der Erkrankung abzuwarten. Bei einer weiteren Progredienz der Erkrankung kommt grundsätzlich eine Lebertransplantation als Option in Betracht. Bzgl. der Ösophagusvarizen empfehlen wir (sofern keine Kontraindikation vorliegt) eine erniedrigt dosierte Betablocker-Therapie zur primären Blutungsprophylaxe. Bei komplikationslosem Verlauf bitten wir um eine Wiedervorstellung des Patienten zur Verlaufskontrolle in ca. 3 Monaten.“ 7
- Die weitere Behandlung erfolgte durch den Beklagten zu 1), der am 21.11.2000 eine Sonografie des Abdomens und im November 2000, im Februar 2001 und im Oktober 2001 Laborkontrollen vornahm. Am 18.3.2002 ergab eine Sonografie ein Aszites (Bauchwasser), der sich in der Kontrolluntersuchung am 3.4.2002 nicht mehr nachweisen ließ. Im April und September 2002 erfolgten Laborkontrollen. Am 26.9.2002 führte der Beklagte zu 1) eine Sonografie des Abdomens durch. Nachdem der Patient über vermehrte Schläfrigkeit klagte, ergab sich für den Beklagten zu 1) am 30.9.2002 der Verdacht auf eine hepatische Enzephalopathie, worauf er den Patienten an die Beklagte zu 2), die als niedergelassene Fachärztin für diagnostische Radiologie und Nuklearmedizin tätig ist, überwies. 8

Die Beklagte zu 2) führte am 17.10.2002 eine Computertomografie des Abdomens und am 22.10.2002 eine Magnetresonanztomografie durch. In dem Bericht vom 24.10.2002 heißt es in der zusammenfassenden Beurteilung:	9
„Kein Aszites. Ausgeprägt inhomogene Parenchymstruktur der Leber, offenbar im Sinne des bekannten zirrhotischen Umbaus mit vermutlich bestehenden Regeneratknoten, wobei sich in der Zusammenschau der vorliegenden Untersuchungen kein Anhalt ergibt für ein hepatozelluläres Karzinom. Insbesondere jedoch im Leberkuppenbereich sind die Strukturveränderungen sehr auffällig, so dass hier eine engmaschige Verlaufskontrolle zum Ausschluss einer Änderungstendenz empfehlenswert erscheint.“	10
Nachdem eine Sonografie am 10.12.2002 deutliche Aszitesansammlungen gezeigt hatte, überwies der Beklagte zu 1) den Patienten in das Evangelische Krankenhaus L2, wo bei dem stationären Aufenthalt vom 12.12.2002 bis 27.12.2002 die Diagnose einer dekompensierten Leberzirrhose Stadium Child-Pugh C gestellt und nach einer Sonografie trotz des MRT-Befundes aus Oktober 2002 ein hepatozelluläres Karzinom für möglich gehalten wurde. Im Universitätsklinikum L, wo sich der Patient vom 8.1.2003 bis zum 16.1.2003 zur Evaluation einer Lebertransplantation befand, ergab sich nach einer am 14.1.2003 durchgeführten Computertomografie des Abdomens der hochgradige Verdacht eines hepatozellulären Karzinoms mit Tumoreinbruch in die Vena Cava, das einer Therapie durch Lebertransplantation nicht mehr zugänglich war. Am 20.3.2003 verstarb der Patient nach einer Ösophagusvarizenblutung bei Leberausfallkoma.	11
Die Klägerin hat dem Beklagten zu 1) gestützt auf ein Gutachten von Dr. C als Behandlungsfehler vorgeworfen, dass der Beklagte zu 1) ab Mai 1999, spätestens ab dem Sonografiebefund eines Aszites vom 28.3.2002, allerspätestens ab der Verdachtsdiagnose einer hepatitischen Enzephalopathie vom 30.9.2002, die Überweisung an ein Lebertransplantationszentrum unterlassen habe. Die Verordnung von Entwässerungsmedikamenten, die einem Aszites entgegengewirkt und den Schweregrad der Lebererkrankung verschleierte hätten, sei kontraindiziert gewesen. Angesichts des Auftretens von Unterschenkelödemen habe der Beklagte zu 1) Abdomen-Sonografien mit besonderer Untersuchungstechnik vornehmen müssen, um so auch eine geringe Menge Bauchwasser feststellen oder ausschließen zu können. Bei zirrothischem Umbau der Leber, insbesondere nach den vom Beklagten zu 3) Anfang 2000 erhobenen Befunden, seien engmaschige sonografische und laborchemische Kontrollen geboten gewesen, die der Beklagte zu 1) nicht ausreichend vorgenommen habe. Auch habe er eine Biopsie veranlassen müssen. Die Wiederaufnahme der Interferonbehandlung sei geboten gewesen.	12
Die von der Beklagten zu 2) durchgeführten CT- und MRT-Untersuchungen seien nicht speziell auf den Nachweis eines hepatozellulären Karzinoms ausgerichtet und daher technisch fehlerhaft erstellt worden. Den erhobenen Befund habe die Beklagte zu 2) fehlerhaft als Umbauprozess im Rahmen der bekannten Leberzirrhose gewertet. Die gebotene weitere Abklärung, insbesondere durch eine Biopsie, habe sie nicht vorgenommen oder veranlasst.	13
Der Beklagte zu 3) habe die Leberfunktionsstörung im Februar 2000 in das Stadium Child B oder C einordnen und den Patienten in ein Transplantationszentrum überweisen müssen.	14
Die Klägerin hat beantragt,	15
	16
	17

1. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an sie ein Schmerzensgeld, dessen Höhe letztendlich in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen,	
2. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, sämtliche materiellen und immateriellen künftigen Schäden, erkennbarer und verdeckter Art, die ihr aus der Fehlbehandlung seit 2000 entstanden sind – soweit sie nicht auf Dritte insbesondere Sozialversicherungsträger übergegangen sind – zu ersetzen.	18
Die Beklagten haben beantragt,	19
die Klage abzuweisen.	20
Sie haben die ihnen zur Last gelegten Behandlungsfehler in Abrede gestellt.	21
Das Landgericht hat das radiologische Gutachten des Sachverständigen Dr. L3 vom 9.5.2008 (Bl. 157 ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen angehört (Bl. 206 f. d.A.). Ferner hat es das internistisch-gastroenterologische Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. F vom 15.5.2009 (Bl. 250 ff. d.A.) nebst Ergänzung vom 30.7.2009 (Bl. 277 ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen angehört (Bl. 305 ff. d.A.).	22
Daraufhin hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Ein schadensursächlicher Behandlungsfehler sei nicht erwiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt:	23
Zwar habe der Beklagte zu 1) den Patienten nach Feststellung eines Aszites im März/April 2002 in einem Transplantationszentrum vorstellen müssen. Dies hätte aber nicht sofort zur Feststellung eines Leberkarzinoms oder zur Annahme einer dringlichen Transplantation geführt, sondern erst nach einer Verlaufsuntersuchung nach sechs Monaten im September/Oktober 2002. Es sei aber wegen der aggressiven Erkrankung gänzlich unwahrscheinlich, dass man das Leben des Patienten durch eine Transplantation, auf die er ohnehin länger als bis zur Dekompensation der Leberzirrhose im Dezember 2002 hätte warten müssen, hätte retten können. Weitere Behandlungsfehler des Beklagten zu 1) seien nicht festzustellen. Eine CT-Bildgebung sei erst bei unsicherem Sonografie-Befund notwendig, was der Beklagte zu 1) beachtet habe. Eine CT/MRT-Untersuchung mit einem leberspezifischen Kontrastmittel habe der Beklagte zu 1) nach den Untersuchungen der Beklagten zu 2) nicht zwingend veranlassen müssen. Im Übrigen lasse sich insoweit eine Schadensursächlichkeit keinesfalls annehmen. Eine Interferonbehandlung sei nicht fehlerhaft unterlassen worden. Die Entwässerungstherapie sei nicht kontraindiziert gewesen. Vor dem Jahr 2002 habe keine Veranlassung bestanden, den Patienten in ein Therapiezentrum einzuweisen. Eine Biopsie habe der Beklagte zu 1) nicht veranlassen müssen.	24
Die Beklagte zu 2) habe eine sachgerechte ambulante Untersuchung zum Nachweis oder Ausschluss eines Lebertumors in einer Zirrhoseleber vorgenommen. Weitergehende Untersuchungen, insbesondere eine Kernspintomografie mit einem leberspezifischen Kontrastmittel, seien nicht zu fordern. Die Bewertung, dass sich kein Anhalt für ein hepatozelluläres Karzinom finde, sei zwar ungenau, weil auf der Grundlage der vorliegenden Aufnahmen eine Differenzierung von Regeneratknoten, dysplastischen Knoten und einem höher differenzierten hepatozellulären Karzinom nicht möglich sei. Ob die ungenaue Formulierung einen Behandlungsfehler darstelle, könne dahinstehen. Jedenfalls habe sich ein solcher nicht ausgewirkt. Zum einen hätte der Beklagte zu 1) auch bei offenerer Formulierung des radiologischen Berichts keine Biopsie veranlassen müssen. Zum anderen hätte eine im Oktober 2002 zutreffend gestellte Diagnose auf den Krankheitsverlauf keinen	25

Einfluss gehabt.

Behandlungsfehler des Beklagten zu 3) lägen nicht vor. Die klinischen, laborchemischen und sonografischen Untersuchungen im Januar/Februar 2000 hätten eine Leberzirrhose im Stadium Child Pugh A gezeigt. Die Empfehlung, den weiteren Spontanverlauf abzuwarten und zu kontrollieren, sei richtig gewesen. 26

Hiergegen wendet sich die Klägerin mit der Berufung. Sie wiederholt und vertieft ihr erstinstanzliches Vorbringen. Das Gutachten des Sachverständigen Dr. C befinde sich nur unvollständig bei den Akten. Weder die gerichtlich beauftragten Sachverständigen noch das Landgericht hätten sich hiermit auseinander gesetzt. Die Behandlungsunterlagen des Beklagten zu 1) und des zuvor die Praxis betreibenden Arztes seien offensichtlich nicht vollständig zu den Akten gereicht worden, wo sich lediglich der Ausdruck einer elektronisch geführten Patientenkartei befinde. Die Behandlungsunterlagen des Universitätsklinikums L habe das Landgericht nicht beigezogen. In der Sache sei hervorzuheben, dass der Beklagte zu 1) in der Zeit zwischen Oktober 2000 und März/April 2002 keine Abdomen-Sonografie durchgeführt habe, obwohl nach den Ausführungen von Prof. Dr. F jedenfalls halbjährliche Kontrollen erforderlich seien. Die Nichtvorstellung in einem Lebertransplantationszentrum im März 2002 stelle wegen des Verstoßes gegen klare Vorgaben einen groben Behandlungsfehler dar. 27

Die Klägerin beantragt, 28

das angefochtene Urteil abzuändern und nach den erstinstanzlichen Schlussanträgen zu erkennen. 29

Die Beklagten beantragen, 30

die Berufung zurückzuweisen. 31

Sie verteidigen das angefochtene Urteil. Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen. 32

Der Senat hat das internistisch-gastroenterologische Gutachten von Prof. Dr. U vom 12.9.2011 (Bl. 527 ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung vom 20.6.2012 angehört (Bl. 680 ff. d.A.). 33

B. 34

Die Berufung ist unbegründet. 35

Die Klägerin kann von den Beklagten weder aus ererbtem Recht ihres verstorbenen Ehemanns die Zahlung eines Schmerzensgeldes verlangen noch sind die Beklagten der Klägerin zum Ersatz materieller oder möglicherweise künftig entstehender eigener immaterieller Schäden verpflichtet. 36

I. 37

Die von der Klägerin gerügten Verfahrensfehler sind im Berufungsverfahren geheilt worden. Der Senat hat die vollständigen Behandlungsunterlagen des Beklagten zu 1) und die Behandlungsunterlagen des Universitätsklinikums L von Amts wegen beigezogen. Die Krankenakten des Evangelischen Krankenhauses L2 waren dort nicht auffindbar, so dass sie dem Sachverständigen Prof. Dr. U nicht zur Verfügung gestellt werden konnten. Allerdings 38

befinden sich Arztbriefe über die stationären Behandlungen im Dezember 2002 und im März 2003 bei den Akten. Schließlich hat das in erster Instanz nicht vollständig zu den Akten gereichte Gutachten von Dr. C vom 19.12.2006 dem Sachverständigen Prof. Dr. U, dessen Ausführungen – wie aus den nachstehenden Darlegungen folgt – die Abweisung der Klage tragen, vorgelegen.

II.	39
Ein schadensursächlicher Behandlungsfehler des Beklagten zu 1) lässt sich nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht feststellen.	40
1. Der Beklagte zu 1) hat es nicht in fehlerhafter Weise unterlassen, den Patienten im März 2002 oder zu einem früheren Zeitpunkt an ein Lebertransplantationszentrum zu überweisen oder ihn bei einem Gastroenterologen vorzustellen. Im Übrigen kann nicht angenommen werden, dass eine im März 2002 erfolgte Überweisung in ein Lebertransplantationszentrum oder an einen Gastroenterologen den Tod des Patienten verhindert oder zu einer Verlängerung seines Lebens geführt hätte.	41
a) Im März 2002 waren eine Überweisung des Patienten an ein Lebertransplantationszentrum oder dessen Vorstellung bei einem Gastroenterologen, wenn sie auch sinnvoll gewesen sein mögen, nach dem medizinischen Standard nicht zwingend geboten.	42
Im Ausgangspunkt sind sich die gerichtlich beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. U (vgl. Bl. 529 d.A.) und Prof. Dr. F (vgl. Bl. 254, 256 d.A.) sowie der von der Klägerin beauftragte Sachverständige Dr. C (vgl. S. 11 des Gutachtens vom 19.12.2006, im Anlagenheft zur Berufungsbegründung, sowie Bl. 586 d.A) darüber einig, dass die Vorstellung in einem Transplantationszentrum erforderlich war, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Warteliste vorlagen, das heißt nach den seinerzeit maßgeblichen Richtlinien zur Organtransplantation (zitiert auf Bl. 254, 529 d.A.), wenn eine Mindestpunktzahl von sieben nach dem Child-Pugh Score erreicht war. Eine frühere Vorstellung im Stadium Child-Pugh A (5 oder 6 Punkte) haben weder Prof. Dr. U noch Prof. Dr. F als erforderlich angesehen. Prof. Dr. U hat dargelegt, dass die Vorbereitung einer gegebenenfalls in der Zukunft notwendigen Transplantation bei stabilem Child-Pugh A Stadium weder sinnvoll noch empfohlen sei (Bl. 538 f. d.A.). Diese Auffassung überzeugt. Bei grundsätzlich durch niedergelassene Ärzte möglicher Überwachung eines Patienten mit nicht dekompensierter Leberzirrhose hätte die Vorstellung eines Patienten im Stadium Child-Pugh A in einem Transplantationszentrum mangels einer Aufnahmemöglichkeit auf die Warteliste keine therapeutischen Konsequenzen haben können.	43
Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. U hat im März 2006 auch bei erstmaligem Nachweis von Aszites, das heißt Bauchwasser, noch ein Score von 6 Punkten bestanden (Bl. 530 d.A.), so dass der Beklagte zu 1) in vertretbarer Weise von einer Überweisung in ein Transplantationszentrum absehen konnte. Die Kriterien zur Ermittlung des Child-Pugh Scores sind auf S. 4 des Gutachtens von Prof. Dr. F vom 15.5.2009 tabellarisch im Einzelnen angeführt (Bl. 254 d.A.). Der Score bestimmt sich nach dem Vorhandensein und Grad einer Enzephalopathie, nach dem Vorhandensein und Grad von Aszites, nach dem Bilirubin-Wert, nach dem Albumin-Wert und fünftens alternativ nach dem Quick-Wert, der Prothrombinzeit oder dem INR-Wert.	44
Während Prof. Dr. F, der von einem Score von 7 Punkten ausgeht, eine Enzephalopathie verneint (1 Punkt), von kontrolliertem Aszites ausgeht (2 Punkte), nach den vom Beklagten zu 1) im Frühjahr 2002 bestimmten Bilirubin- und Albumin-Werten jeweils einen Punkt	45

hinzurechnet und nach dem bestimmten Quick-Wert von 55 % zwei Punkte ansetzt (Bl. 256 d.A.), ergibt sich der von Prof. Dr. U zugrunde gelegte Score von 6 Punkten bei im Übrigen gleicher Ermittlung wie durch Prof. Dr. F unter Berücksichtigung des im Frühjahr 2002 bestimmten INR-Werts von 1,41 (vgl. die Behandlungsunterlagen des Beklagten zu 1, Bl. 234 d.A.), für den nach dem Child-Pugh Score lediglich ein Punkt anzusetzen ist (erst ab 1,7 bis 2,3 sind es zwei Punkte: vgl. die Tabelle Bl. 254 d.A.), mithin nach einem alternativ zulässigen Ermittlungsverfahren.

Die Ermittlung eines Child-Pugh Scores von mindestens 7 Punkten (Aszites: 3 Punkte; Bilirubin: 2 Punkte; Albumin: 1 Punkt; Prothrombin: 1 Punkt; zzgl. eines Werts für eine anzunehmende Enzephalopathie) durch Dr. C (vgl. S. 11 des Gutachtens vom 19.12.2006, im Anlagenheft zur Berufungsbegründung sowie Bl. 586 d.A.) ist, wie Prof. Dr. F nachvollziehbar dargelegt hat (Bl. 538 d.A.), fehlerhaft. Dr. C hat hinsichtlich des Bilirubin-Werts nicht auf den Behandlungszeitpunkt im Frühjahr 2002, sondern auf November 2000 abgestellt. Dass ein von ihm selbst als mäßig qualifizierter Aszites (Bl. 613 d.A.), welcher sich unter Diuretika-Gabe unstreitig zurückbildete, als refraktär, das heißt nicht beeinflussbar, zu qualifizieren sein und damit nach dem Child-Pugh Score statt des Ansatzes von zwei Punkten („kontrollierter Aszites“) den von drei Punkten („refraktärer Aszites“) rechtfertigen soll, ist nicht verständlich. Schließlich lassen sich die Symptome, die von der Klägerin benannt und von Dr. C als Nachweis einer Enzephalopathie herangezogen worden sind, bereits durch die Leberzirrhose oder eine mit der Erkrankung des Patienten einhergehende depressive Episode erklären, ohne einen sicheren Hinweis auf eine Enzephalopathie darzustellen. Dies gilt für die von der Klägerin dargelegten Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen sowie für die Symptome Schläfrigkeit, Müdigkeit und Antriebslosigkeit (vgl. die Ausführungen von Prof. Dr. U Bl. 539, 683 d.A. und von Prof. Dr. F Bl. 306 d.A.). Die von der Klägerin angeführten Amoniakwerte lassen, wie der Sachverständige Prof. Dr. U erläutert hat, wegen der großen Schwierigkeiten bei ihrer Bestimmung keinen Rückschluss auf das Vorliegen einer hepatischen Enzephalopathie zu (Bl. 683 d.A.). 46

Als weitere Gesichtspunkte, die gegen die Erforderlichkeit einer Vorstellung des Patienten in einem Transplantationszentrum und gegen die zwingende Notwendigkeit einer auch von Prof. Dr. U als sinnvoll angesehenen Überweisung an einen Gastroenterologen sprachen, hat Prof. Dr. U überzeugend auf die alsbaldige Rückbildung des Aszites unter entwässernder Therapie und die damit einhergehenden Reduzierung des Child-Pugh Scores um einen Punkt (Bl. 530 d.A.) und darauf hingewiesen, dass die in den Behandlungsunterlagen des Beklagten zu 1) unter dem 18.3.2002 dokumentierte, vom Orthopäden veranlasste Diclofenac-Gabe eine plausible Erklärung für das Auftreten von Aszites darstellte (Bl. 685 d.A.). 47

b) Im Übrigen kann nicht angenommen werden, dass eine im März 2002 erfolgte Überweisung in ein Lebertransplantationszentrum oder an einen Gastroenterologen den Tod des Patienten verhindert oder zu einer Verlängerung seines Lebens geführt hätte. 48

aa) Soweit es allein um die Behandlung der seit langem diagnostizierten Leberzirrhose geht, war der Krankheitsverlauf durch eine entsprechende Überweisung nicht mehr zu beeinflussen. 49

Der Sachverständige Prof. Dr. U hat dargelegt, dass der Patient im Falle einer Überweisung im März 2002 im April 2002 einen Termin in einem Lebertransplantationszentrum erhalten hätte. Da der Patient zu diesem Zeitpunkt weder einen Aszites noch eine Enzephalopathie aufgewiesen habe, hätten die Ärzte eine Wiedervorstellung in zwei oder drei Monaten angeordnet. Bei einer dann anzunehmenden Verschlechterung wäre der Patient etwa im September 2002 auf die Warteliste gekommen. Die Wartezeit bis zu einer Transplantation 50

habe bei der Blutgruppe 0 Rhesus positiv, die der Patient gehabt habe, mindestens ein halbes Jahr, wahrscheinlich deutlich länger betragen. Vor Ablauf der Wartezeit, nämlich spätestens im Dezember 2002 oder im Januar 2003, als der Tumorzapfen in der Universitätsklinik L festgestellt worden sei, sei der Patient jedoch nicht mehr transplantabel gewesen (Bl. 681 f. d.A.). Gegenüber dieser überzeugenden Darlegung der zeitlichen Zusammenhänge hat die Klägerin keine Einwände erhoben.

bb) Es kann nicht mit der nach § 286 ZPO erforderlichen Sicherheit angenommen werden, dass eine im März 2002 erfolgte Überweisung des Patienten in ein Transplantationszentrum über eine dort durchgeführte Computer- oder Magnetresonanztomografie unmittelbar zur Diagnose eines Leberkarzinoms mit der Folge geführt hätte, dass das Karzinom eventuell erfolgreich hätte behandelt (vgl. die Ausführungen von Prof. Dr. U, Bl. 684, 685 d.A.) und eine Lebertransplantation hätte durchgeführt werden können. Es lässt sich auch nicht feststellen, dass eine Computer- oder Magnetresonanztomografie zumindest mit hinreichender Wahrscheinlichkeit den Befund eines Leberkarzinoms ergeben hätte. 51

Wie Prof. Dr. U dargelegt hat (Bl. 684 f. d.A.), lässt sich die Frage, ob das Leberkarzinom im Frühjahr 2002 bereits vorhanden war und ob es aufgrund seiner Größe detektierbar gewesen wäre, nur beurteilen, wenn zu Ermittlung der Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors zwei Bezugspunkte vorliegen. Daran fehlt es hier. Ein Bezugspunkt liegt in der am 14.1.2003 in der Universitätsklinik L durchgeführten Computertomografie. Als weiterer Bezugspunkt kämen nur die Computertomografie und die Magnetresonanztomografie in Betracht, die die Beklagte zu 2) am 17.10.2002 und 22.10.2002 angefertigt hat. Diese lassen allerdings kein Karzinom erkennen. 52

Soweit Prof. Dr. U, der nach Durchsicht der Aufnahmen die dort sichtbaren Herde nicht als Folge des zirrhotischen Umbaus der Leber oder aber als Leberkarzinom einordnen konnte, auf die unter Umständen besseren Beurteilungsmöglichkeiten eines Radiologen hingewiesen hat, ist ein solche Begutachtung bereits erfolgt. Weder der vom Landgericht beauftragte Sachverständige Prof. Dr. L3 noch Dr. O, der für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung tätig war, haben zwischen einem durch den Umbau der Leber bedingten Regeneratknoten oder dysplastischen Knoten oder aber einem hepatozellulären Karzinom differenzieren können (vgl. S. 11 des Gutachtens von Prof. Dr. L3 vom 9.5.2008, Bl. 167 d.A., und S. 8 des Gutachtens vom 18.9.2006 von Dr. O, im Anlagenheft zur Berufungsbegründung). Dafür, dass ein weiterer Radiologe bessere Erkenntnismöglichkeit haben könnte, gibt es keine Anhaltspunkte. 53

Soweit Dr. O ausgeführt hat, dass die Computertomografie vom 17.10.2002 und die Magnetresonanztomografie vom 22.10.2002 nur in der spätvenösen und nicht in der früharteriellen Perfusionsphase durchgeführt worden seien, in der sich Leberkarzinome typischerweise demaskierten (S. 7 des Gutachtens vom 18.9.2006, im Anlagenheft zur Berufungsbegründung), handelt es sich um einen nicht dem Beklagten zu 1) zuzurechnenden vermeintlichen Fehler, der ihm gegenüber nicht zu Beweiserleichterungen für die Klägerin führen kann. Im Übrigen ergibt sich aus dem Gutachten von Prof. Dr. L3, dass die von der Beklagten zu 2) gefertigte Magnetresonanztomografie auch als Kontrastmitteluntersuchung mit dynamischen Aufnahmeserien durchgeführt worden ist und auch die arterielle Perfusionsphase der Leber erfasste, sich aber gleichwohl kein Leberkarzinom durch eine höhere Kontrastmittelaufnahme zeigte (Bl. 163, 165 d.A.). Nichts spricht dafür, dass der Sachverständige Prof. Dr. L3, der die auf CD gespeicherten Aufnahmen aus dem Jahr 2002 selbst nachbefundet hat, die Art und Weise der Ausführung der Magnetresonanztomografie fehlerhaft erfasst hat. 54

Für die von der Klägerin mit nachgelassenem Schriftsatz vom 31.7.2012 beantragte Einholung eines radiologischen Gutachtens fehlt bei dieser Sachlage – abgesehen davon, dass es auf die Frage der Kausalität mangels eines Behandlungsfehlers nicht ankommt – eine Grundlage, insbesondere gibt es keine ausreichenden Anknüpfungstatsachen. 55

Dass eine im Frühjahr 2002 gefertigte Computer- oder Magnetresonanztomografie unmittelbar zur Diagnose eines Leberkarzinoms geführt hätte, das Karzinom sodann erfolgreich hätte behandelt und eine Lebertransplantation hätte durchgeführt werden können, lässt sich auch nicht aufgrund einer Beweislastumkehr feststellen. Ein solche kommt hier weder unter dem Gesichtspunkt eines groben Behandlungsfehlers noch eines Befunderhebungsfehlers in Betracht. Von einem groben Behandlungsfehler kann angesichts der Ausführungen unter B II 1 a nicht die Rede sein. Selbst wenn man die – auch der weiteren diagnostischen Abklärung dienende – unterlassene Überweisung an ein Transplantationszentrum oder einen Gastroenterologen als Befunderhebungsfehler qualifizieren würde, würde es an der für eine Beweislastumkehr erforderlichen Voraussetzung fehlen, dass sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiger Befund gezeigt hätte. Hierzu wird auf die vorstehenden Ausführungen unter B II 1 b bb verwiesen. 56

cc) Ob – wie Prof. Dr. F angenommen hat (Bl. 257 f., 261, 305R d.A.) – eine Überweisung des Patienten im März 2002 in ein Transplantationszentrum und eine dann im April 2002 gefertigte Computer- oder Magnetresonanztomografie zwar nicht unmittelbar zur Diagnose eines Leberkarzinoms geführt hätte, aber dann bei der etwa nach sechs Monaten erfolgenden Verlaufsuntersuchung über eine Wachstumstendenz der knotigen Leberveränderungen den hochgradigen Verdacht eines hepatozellulären Karzinoms ergeben hätte, kann dahinstehen. 57

Die (Verdachts)-Diagnose hätte dann im Oktober 2002 vorgelegen. Nach der übereinstimmenden Beurteilung der Sachverständigen Prof. Dr. U (Bl. 536, 685 d.A.) und Prof. Dr. F (Bl. 261, 305R d.A.), der Dr. C nicht entgegen getreten ist, ist es jedoch zumindest äußerst unwahrscheinlich und damit nicht feststellbar, dass im Oktober 2002 der Krankheitsverlauf noch zu beeinflussen und das Leben des Patienten zu verlängern oder zu retten war. 58

Prof. Dr. F hat ausgeführt, dass es sich um einen sehr aggressiven Tumor mit einer hohen Dynamik gehandelt habe. Dies zeige sich daran, dass die Diagnose bei der CT- und MRT-Untersuchung im Oktober 2002 noch nicht zu stellen gewesen sei, sich dann aber bei der Sonografie – das heißt einer geringer empfindlichen Methode – im Evangelischen Krankenhaus L2 im Dezember 2002 der Malignomverdacht ergeben habe. Dieser habe sich bei der im Universitätsklinikum L im Januar 2003 gefertigten Computertomografie bestätigt. Dabei sei ein ausgesprochen fortgeschrittenes Stadium nachgewiesen worden. Bereits zwei Monate später sei der Patient verstorben (Bl. 261 f., 305 R d.A.). 59

Der Sachverständige Prof. Dr. U hat zur Begründung seiner Auffassung gleichfalls auf den rasch progredienten Verlauf der Lebererkrankung hingewiesen (Bl. 536 d.A.). Die besondere Aggressivität des Tumors zeige sich nicht nur am zeitlichen Verlauf, sondern auch daran, dass sich nach der im Universitätsklinikum L durchgeführten Diagnostik ein Tumorzapfen in der Vena Cava, das heißt der zum rechten Herzvorhof laufenden Vene, befunden habe (Bl. 683 d.A.). Darüber hinaus habe nicht das Leberkarzinom den Tod herbeigeführt, sondern ein Leberausfall bei einem Rezidiv einer Ösophagus- und Kardiavarizenblutung. Ösophagus- und Kardiavarizenblutungen seien bei foudroyantem Verlauf im Dezember 2002 und erneut im Februar 2003 eingetreten (Bl. 536 d.A.). 60

Gegen die Annahme einer schwerwiegenden, nicht mehr im Sinne einer Lebensverlängerung zu beeinflussenden Lebererkrankung im Oktober 2002 lässt sich nicht einwenden, dass die von der Beklagten zu 2) gefertigten Computer- und Magnetresonanztomografien technisch fehlerhaft erstellt worden seien, insbesondere die arterielle Perfusionsphase der Leber nicht erfassten. Wie oben dargelegt (B II 1 b bb), trifft dieser Einwand nach dem Gutachten von Prof. Dr. L3 nicht zu. Im Übrigen stützt sich die Beurteilung von Prof. Dr. U nicht entscheidend auf den aus den bildgebenden Aufnahmen ableitbaren Krankheitsverlauf, sondern auf andere Indizien wie die Entwicklung eines Tumorzapfens in der vena cava und das wiederholte Auftreten von Varizenblutungen.

2. Soweit der Beklagte zu 1), nachdem die Anamnese am 25.9.2002 einen verschlechterten Allgemeinzustand ergeben und er am 30.9.2002 die Verdachtsdiagnose einer hepatitischen Enzephalopathie gestellt hatte, eine nach dem Gutachten von Prof. Dr. U (Bl. 530 d.A.) nunmehr zu erwägende Überweisung in ein Lebertransplantationszentrum unterlassen hat, kann von einer Schadensursächlichkeit nicht ausgegangen werden. 62

Wie oben dargelegt worden ist (B II 1 b cc), ist es zumindest äußerst unwahrscheinlich und damit nicht feststellbar, dass im Oktober 2002 der Krankheitsverlauf noch zu beeinflussen und das Leben des Patienten zu verlängern oder zu retten war. Im Oktober 2002 hätte der Patient nach einer Überweisung Ende September 2002 frühestens einen Termin in einem Lebertransplantationszentrum erhalten können. 63

3. Weder waren die vom Beklagten zu 1) im Hinblick auf die Beinödeme des Patienten und das im März 2002 aufgetretene Bauchwasser verordneten entwässernden Medikamente kontraindiziert noch war ihre Gabe bei der Ermittlung des Schweregrads der Lebererkrankung nach dem Child-Pugh Score zu berücksichtigen. 64

Der Sachverständige Prof. Dr. U hat ausgeführt, dass die Gabe entwässernder Medikamente sowohl bei Beinödemem, die hier unklarer Genese gewesen seien, als auch bei zirrrosebedingtem Aszites unbedingt indiziert sei. Das Ausmaß einer Lebererkrankung sei unabhängig von der Einnahme von Diuretika zu ermitteln. Der Child-Pugh Score schließe Dekompensationen, die möglicherweise ohne fachgerechte Therapie bestünden, nicht ein (Bl. 531, 538 d.A.). Dies entspricht der Beurteilung von Prof. Dr. F (Bl. 278 f., 305R d.A.). Der von der Klägerin beauftragte Sachverständige Dr. C hat seine gegenteilige Auffassung (S. 18, 33, 37 des Gutachtens vom 19.12.2006, im Anlagenheft zur Berufungsbegründung) in seiner Stellungnahme zum schriftlichen Gutachten von Prof. Dr. U nicht verteidigt. Auch das Gutachten vom 19.12.2006 zeigt an keiner Stelle auf, dass in der medizinischen Literatur verlangt oder empfohlen wird, eine Anpassung des Child-Pugh Score im Falle der Gabe von Diuretika vorzunehmen. 65

4. Sonografien mit besonderer Untersuchungstechnik musste der Beklagte zu 1) nicht vornehmen. 66

Der Sachverständige Prof. Dr. U hat hierzu schlüssig dargelegt, dass die Standardabdomensonografie aufgrund des technischen Fortschritts der Ultraschallgeräte im Jahr 2002 auch den Nachweis geringer Mengen Aszites ermöglicht habe. Auch insoweit hat Dr. C seine gegenteilige Auffassung (S. 8, 19, 34, 37 des Gutachtens vom 19.12.2006, im Anlagenheft zur Berufungsbegründung), die sich insbesondere auf ein Werk über „Sonografische Differentialdiagnostik“ aus dem Jahr 1990 gestützt hatte (vgl. S. 40 des Gutachtens vom 19.12.2006), in seiner Stellungnahme zum schriftlichen Gutachten von Prof. Dr. U nicht verteidigt. Er hat vielmehr herausgestellt, dass in Bezug auf den Beklagten zu 1) allein die Frage der Aufnahme in ein Lebertransplantationsprogramm entscheidend sei (s. Bl. 67

5. Soweit der Beklagte zu 1) eine sonografische Untersuchung der Leber im Jahr 2001 unterlassen hat, fehlt es jedenfalls an einer Schadensursächlichkeit eines etwaigen Behandlungsfehlers. 68

Prof. Dr. U hat – übereinstimmend mit Prof. Dr. F (Bl. 254 d.A.) – dargelegt, dass bei chronischer Hepatitis C und Leberzirrhose eine halbjährliche sonografische und laborchemische Kontrolle empfohlen sei (Bl. 532 d.A.). Entsprechende Laborkontrollen (November 2000, Februar 2001, Oktober 2001, April 2002, September 2002) sind in den Behandlungsunterlagen des Beklagten dokumentiert, während im Jahr 2001 keine sonografische Untersuchung stattfand. Ob das Versäumnis einen Behandlungsfehler darstellt oder ob ein solcher insbesondere deshalb zu verneinen ist, weil der Patient – wie der Beklagte zu 1) mit Schriftsatz vom 22.10.2010 geltend gemacht hat – im Oktober 2001 nicht zur Besprechung der Laborbefunde und einer damit einhergehenden sonografischen Untersuchung erschienen ist, kann dahinstehen. 69

Dass eine sonografische Untersuchung des Abdomens im Jahr 2001 einen reaktionspflichtigen Befund, das heißt Aszites oder ein Leberkarzinom, gezeigt hätte oder dass ein solcher Befund zumindest hinreichend wahrscheinlich gewesen wäre, lässt sich nach den schlüssigen Darlegungen von Prof. Dr. U nicht annehmen (Bl. 532, 686 d.A.). Auch die im März 2002 vorgenommene Sonografie hat kein hepatozelluläres Karzinom erkennen lassen. Für das Vorhandensein von Bauchwasser spricht im Jahre 2001 nichts. Anders als im März 2002, als der Beklagte zu 1) abdominale Beschwerden des Patienten dokumentiert hat (Bl. 234 d.A.), gibt es für ein im Jahr 2001 vorliegendes Bauchwasser keine klinischen Hinweise. Soweit die Klägerin demgegenüber im Schriftsatz vom 21.3.2002 eingewandt hat, dass die vom Beklagten zu 1) im März 2002 vorgenommene Sonografie nicht dem Stand der Technik entsprochen habe, übersieht sie, dass sich die von ihr in Bezug genommene – nach dem Gutachten von Prof. Dr. L3 ohnehin unbegründete – Kritik des Gutachters Dr. O ausschließlich auf die von der Beklagten zu 2) im Oktober 2002 gefertigten Computer- und Magnetresonanztomografien bezieht. 70

6. Der Beklagte zu 1) musste nicht zu einem früheren Zeitpunkt als Oktober 2002 eine Computertomografie des Abdomens veranlassen. 71

Dies entspricht der Beurteilung von Prof. Dr. U (Bl. 532 d.A.) und derjenigen von Prof. Dr. F (Bl. 279 d.A.), gegen die die Klägerin keine Einwendungen geltend gemacht hat. Anlass für eine Computertomografie hätte vor allem bei einem unklaren Sonografiebefund bestanden (vgl. Bl. 279 d.A.), den der Beklagte zu 1) nicht erhoben hat. 72

7. Der Beklagte zu 1) hätte, nachdem die Beklagte zu 2) eine CT- und MRT-Untersuchung ohne leberspezifisches Kontrastmittel vorgenommen hatte, keine entsprechende Untersuchung veranlassen müssen. 73

Zur Begründung seiner entsprechenden Beurteilung hat Prof. Dr. U schlüssig darauf hingewiesen, dass eine Screeninguntersuchung mit einem leberspezifischen Kontrastmittel nach den Leitlinien nicht indiziert sei, was sich mit dem Gutachten von Prof. Dr. L3 deckt (Bl. 164 d.A.), und dass es auch nach den radiologischen Untersuchungen durch die Beklagte zu 2) keine Hinweise auf eine hepatozelluläres Karzinom gegeben habe (Bl. 532 f. d.A.). Soweit die Klägerin demgegenüber mit Schriftsatz vom 21.3.2012 geltend gemacht hat, dass die CT- und MRT-Untersuchungen der Beklagten zu 2) nicht fachgerecht durchgeführt worden seien, trifft der Einwand nach dem Gutachten von Prof. Dr. L3 schon nicht zu (s. oben B II 1 b bb). 74

Im Übrigen durfte sich der Beklagte zu 1) als Facharzt für Innere Medizin darauf verlassen, dass die Computertomografie und die Magnetresonanztomografie von der Beklagten zu 2) nach fachärztlichem radiologischen Standard angefertigt worden waren, solange ein Fehler für ihn nicht offensichtlich war.

8. Eine Biopsie hätte der Beklagte zu 1) nach den von der Beklagten zu 2) im Oktober 2002 durchgeführten radiologischen Untersuchungen nicht veranlassen müssen. 75

Der Sachverständige Prof. Dr. U hat hierzu ausgeführt, dass in der bildgebenden Diagnostik kein malignomverdächtiger Bezirk habe abgegrenzt werden können, so dass keine Raumforderung gezielt habe biopsiert werden können. Bei einem Patienten mit Leberzirrhose sei eine Biopsie zudem mit einem stark erhöhten Blutungsrisiko verbunden (Bl. 533 d.A.). Auf diese Gesichtspunkte und das zusätzliche Risiko der Verschleppung von Tumorzellen hat bereits Prof. Dr. F hingewiesen (Bl. 260, 306 d.A.). 76

Soweit die Klägerin im Schriftsatz vom 21.3.2002 gegenüber dieser überzeugenden Beurteilung eingewandt hat, dass jedenfalls verdächtige Strukturen vorgelegen hätten, was ausreichenden Anlass zu einer Biopsie gegeben habe, übersieht sie schon, dass in der bildgebenden Diagnostik multiple nicht differenzierbare Beherdungen sichtbar waren. Selbst wenn man von einem generellen Karzinomverdacht ausgeht, gab es daher unter den zahlreichen Raumforderungen keine, die als tumorverdächtig individualisiert und biopsiert werden konnte. Wie bereits erörtert durfte sich der Beklagte zu 1) als Facharzt für Innere Medizin ferner grundsätzlich darauf verlassen, dass die Computertomografie und die Magnetresonanztomografie von der Beklagten zu 2) nach fachärztlichem radiologischen Standard angefertigt und befundet worden waren. Die Beklagte zu 2) hatte sich in ihrer zusammenfassenden Beurteilung vom 24.10.2002 indessen darauf festgelegt, dass kein Anhalt für ein hepatozelluläres Karzinom bestehe. 77

9. Die antivirale Behandlung des Patienten mit Interferon musste der Beklagte zu 1) nicht wieder aufnehmen. 78

Prof. Dr. U hat erläutert, dass ein Therapieversuch mit Interferon keine sinnvolle Option dargestellt habe, nachdem ein solcher wegen nicht tolerabler Nebenwirkungen, das heißt einem verstärkten Auftreten der Psoriasis (Schuppenflechte), abgebrochen worden sei. Ohnehin bestehe bei Patienten, bei denen Hepatitis C – wie hier – lange bestehe und zu einem fortgeschrittenen Leberschaden geführt habe, eine schlechte Ansprechrate (Bl. 533 f. d.A.). Dies entspricht der Beurteilung von Prof. Dr. F, der noch die nicht unerheblichen Nebenwirkungen einer Interferonbehandlung als ergänzende Begründung angeführt hat (Bl. 277 f., 306R d.A.). Es ist nachvollziehbar, dass bei dieser Sachlage die absehbaren Nachteile einer Interferonbehandlung ihren eventuellen Nutzen überwogen. 79

III. 80

Ein schadensursächlicher Behandlungsfehler der Beklagten zu 2) lässt sich nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht feststellen. 81

Es kann dahinstehen, ob der Beklagten zu 2) überhaupt ein Behandlungsfehler zu Last fällt. Insbesondere kann offen bleiben, ob die Formulierung in der zusammenfassenden Beurteilung vom 24.2.2002, dass es „keinen Anhalt für ein hepatozelluläres Karzinom“ gebe, fehlerhaft war, und ob stattdessen – wie Prof. Dr. L3 angenommen hat (vgl. Bl. 165 f., 207 d.A.) – offener formuliert und deutlicher zum Ausdruck gebracht hätte werden müssen, dass eine Differenzierung zwischen Regeneratknoten und dysplastischen Knoten zum einen und 82

einem hepatozellulären Karzinom zum anderen nicht mit der notwendigen diagnostischen Sicherheit möglich war.

Wie oben dargelegt worden ist (B II 1 b cc), ist es zumindest äußerst unwahrscheinlich und damit nicht feststellbar, dass im Oktober 2002 der Krankheitsverlauf noch zu beeinflussen und das Leben des Patienten zu verlängern oder zu retten war. 83

IV. 84

Dem Beklagten zu 3) ist kein Behandlungsfehler vorzuwerfen. Insbesondere war im Februar 2000 keine Überweisung an ein Lebertransplantationszentrum erforderlich. 85

Dies entspricht der Beurteilung von Prof. Dr. U (Bl. 534 f. d.A.) und von Prof. Dr. F (Bl. 258 f. d.A.). Zur Begründung kann auf die Ausführungen unter B II 1 a verwiesen werden. Nicht einmal im März 2002 bestand die zwingende Notwendigkeit einer Vorstellung des Patienten in einem Lebertransplantationszentrum. Im Februar 2000 war das Krankheitsbild keineswegs schwerer, sondern weniger ausgeprägt. Es lag – wie Prof. Dr. U erläutert hat – eine Leberzirrhose Stadium Child Pugh A in kompensiertem Stadium ohne den Nachweis von Aszites vor. Der von der Klägerin insbesondere für den Zeitraum Ende 1999/Anfang 2000 geschilderte geblähte Bauch des Patienten erklärt sich nach den schlüssigen Ausführungen von Prof. Dr. U dadurch, dass der durch die Zirrhose bedingte Umbau der Leber zu einem Pfortaderstau und zur Bildung eines Umgehungskreislaufs geführt hatte, der auch die Gefäßsituation im Darmbereich veränderte und Blähungen des Bauchs bewirkte (Bl. 681 d.A.). 86

V. 87

Das von der Klägerin persönlich verfasste Schreiben vom 3.8.2012 konnte der Senat wegen des vor dem Oberlandesgericht geltenden Anwaltszwangs aus prozessualen Gründen nicht berücksichtigen, zumal es nach Ablauf der bis zum 1.8.2012 verlängerten Frist zur Stellungnahme zur Beweisaufnahme eingereicht worden ist. 88

In der Sache würde das Schreiben zu keiner anderen Beurteilung Anlass geben. In der unter dem 16.3.2003 verfassten Auskunft des Beklagten zu 1) für das Versorgungsamt Köln ist eine hepatische Enzephalopathie nicht als im März 2002 vorliegender Befund angeführt, sondern es heißt lediglich, dass diese „später“ eingetreten sei. Gleichfalls folgt aus der Auskunft für das Versorgungsamt nicht, dass Aszites bereits ab dem Jahr 2000 vorlag, sondern es heißt „seit 3/02 intermitt. AZ-Verschlechterung mit rezidiv. Aszites“, was mit der in den Behandlungsunterlagen des Beklagten zu 1) für März 2002 und dann wieder für Dezember 2002 dokumentieren, jeweils sonografisch nachgewiesenen Aszites übereinstimmt (Bl. 234 f. d.A.). Auch aus dem Schreiben des Beklagten zu 1) an die Gutachterkommission vom 30.8.2003 ergibt sich nicht, dass vor März 2002 Aszites von ihm festgestellt und diagnostiziert worden ist. Aus dem Inhalt des Schreibens lässt sich nur ableiten, dass Aszites des Patienten zwischen dem Jahr 2000 und September 2002 eintrat (vgl. die Absätze 8 bis 10 der zweiten Seite des Schreibens), was sich ebenfalls mit der zu den Akten gereichten Behandlungsdokumentation in Einklang bringen lässt. Dort ist von Aszites erstmals unter dem 18.3.2002 die Rede. 89

Soweit es um die vom Beklagten zu 1) nicht veranlasste Laborkontrolle des Alpha-1-Fetoproteins geht, ist eine solche nach dem von der Klägerin in Bezug genommenen Gutachten von Prof. Dr. F weder ein zwingender ärztlicher Standard noch hätte sich durch eine Kontrolle ein Hinweis auf die Entwicklung eines malignen Tumors ergeben (vgl. die 90

Ausführungen Bl. 256 d.A.). Denn der im Dezember 2002 im Evangelischen Krankenhaus L2 bestimmte Wert (38,5 ng/ml) war sogar niedriger als der auf Veranlassung des Beklagten zu 3) im Januar 2000 bestimmte Wert (43,9 ng/ml).

VI. 91

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Die entscheidungserheblichen Fragen sind solche des Einzelfalls. 92

Berufungsstreitwert: 40.000 € (Schmerzensgeld: 30.000 €; Feststellung: 10.000 €) 93