
Datum: 25.09.2013
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 7/13
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2013:0925.5U7.13.00

Vorinstanz: Landgericht Aachen, 11 O 1/11

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Landgerichts Aachen vom 12.12.2012 – 11 O 1/11 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens und die außergerichtlichen Kosten der Streithelferin trägt die Klägerin.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Klägerin wird nachgelassen, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abzuwenden, wenn nicht die vollstreckende Partei vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

I.

Die am 19.02.1974 geborene Klägerin war vor der Geburt ihres dritten Kindes im Jahr 2009 zur Betreuung der Schwangerschaft in ambulanter Behandlung des Beklagten, eines niedergelassenen Gynäkologen. Errechneter Geburtstermin war der 03.12.2009. Die Schwangerschaft verlief zunächst komplikationslos. Ab dem 10.11.2009 trat bei der Klägerin eine Erkältungskrankheit mit Hustenanfällen, Auswurf und laufender Nase auf. Die Klägerin stellte sich in der Praxis des Beklagten am 23.11, 30.11, 03.12., 07.12. und 09.12.2009 zur Kontrolle vor. Am 11.12.2009 überwies der Beklagte die Klägerin zur stationären Überwachung in das von der Streithelferin betriebene Krankenhaus (Betriebsteil N).

1

2

3

Nachdem sich dort im Laufe der Nacht zum 12.12.2009 die Sauerstoffsättigung zügig verschlechterte und sich eine beginnende respiratorische Insuffizienz einstellte, wurde die Klägerin in das Universitätsklinikum B verlegt. Sie wurde am 12.12.2009 um 5.00 Uhr morgens im Wege des Notkaiserschnitts einer Tochter entbunden. Der Zustand der Klägerin verschlechterte sich in der Folgezeit erheblich. Am Morgen des 15.12.2009 musste sie aufgrund einer fulminanten respiratorischen Insuffizienz intubiert werden. Sie erlitt eine Lungenembolie und einen subtotalen Verschluss der Pfortader. Nach Diagnose einer postpartalen dilativen schweren Kardiomyopathie wurde am 18.12.2009 ein linksventrikuläres Unterstützungssystem implantiert. Die Klägerin schwebte zeitweise in Lebensgefahr. Nach zwischenzeitlicher Isolierung der Klägerin wegen nachgewiesener MRSA-Keime konnte sie am 20.01.2010 entlassen werden. Wegen erneuter MRSA-Besiedelung des Nasen-Rachen-Raumes wurde sie am 26.05.2010 erneut in das Universitätsklinikum B stationär aufgenommen und bis zum 01.07.2010 isoliert. In dieser Zeit wurde ein Abszess im Bereich der Kabeleintrittspforte des linksventrikulären Unterstützungssystems gespalten, was fünf weitere Revisionen nach sich zog. Das Unterstützungssystem wurde im Jahr 2011 explantiert (vgl. Arztbericht des Universitätsklinikums B vom 16.09.2011, Bl. 69 d.A.).

Die Klägerin hat behauptet, sie habe während der Schwangerschaft nicht nur unter starkem Husten, sondern auch unter beträchtlicher Dyspnoe gelitten. Der Beklagte habe die ihm geschilderten Beschwerden bagatellisiert und in keiner Art und Weise therapeutisch reagiert. Am 16.11.2009 habe ihr der Beklagte lediglich Ambroxol als Schleimlöser verordnet, das Medikament sei aber aufgrund des erhöhten Auswurfes, welcher ihr Luftnot bereitet habe, kontraindiziert gewesen. Es habe keine zielgerichtete antibiotische Versorgung und keine ordnungsgemäße Diagnostik im Sinne einer Keimidentifizierung stattgefunden. Darüber hinaus habe sie der Beklagte nicht rechtzeitig ins Krankenhaus eingewiesen. Es sei bereits im November 2009 daran zu denken gewesen, die Tochter zu ihrer körperlichen Entlastung zu entbinden. Die Klägerin hat behauptet, das linksventrikuläre Unterstützungssystem, welches das Tragen eines Akkukoffers und einen in den Körper hineinführenden Kabeleingang erfordere, habe sie in vielfältiger Weise in ihrer Lebensführung und in ihrem Sexualleben beeinträchtigt. Weitere Kinder seien ihr aufgrund der Erkrankung versagt. Sie lebe in ständiger Infektionsgefahr und latenter Thrombosegefahr und müsse permanent das Blutverdünnungsmittel Marcumar einnehmen.

4

Die Klägerin hat beantragt,

5

- 1 den Beklagten zu verurteilen, an sie ein in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld, jedoch nicht unter 100.000,- EUR nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 07.12.2010 zu zahlen;
- 2 den Beklagten zu verurteilen, an sie materiellen Schadensersatz in Höhe von 17.600,- EUR nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 07.12.2010 zu zahlen und
- 3 festzustellen, dass der Beklagte der Klägerin für allen materiellen und immateriellen Schaden haftet, der ihr aus der fehlerhaften Behandlung im November/Dezember 2009 noch entsteht.

67

89

101

Der Beklagte hat beantragt,

12

Er hat behauptet, die Klägerin habe erstmals am 07.12.2009 von trockenem Husten nachts berichtet, was relativ banal im Winter sei. Er habe daraufhin empfohlen, ausreichend zu trinken und gegebenenfalls Ambroxol als Schleimlöser einzunehmen. Auch während des Kontrolltermins am 09.12.2009 sei die Klägerin unauffällig gewesen. Sie habe auch nicht über Luftnot oder Auswurf geklagt. Erst am 11.12.2009 habe sich die Klägerin dann in deutlich verschlechterten Zustand, nämlich hustend und dyspnoisch bei ihm vorgestellt, weshalb er sie unverzüglich ins Krankenhaus eingewiesen habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Tatbestand der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen.

Das Landgericht hat die Klage nach Vernehmung der Zeugen I und I2 sowie nach Einholung eines Sachverständigengutachtens abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, es sei von dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers des Beklagten nicht überzeugt. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. T seien in den Behandlungsunterlagen des Beklagten keinerlei Hinweise auf einen Infekt der Luftwege, Dyspnoe, reduzierten Allgemeinzustand oder Hustenanfälle zu finden. Auch anlässlich der Vorstellung der Klägerin zur Geburtsplanung im Krankenhaus der Streithelferin am 17.11.2008 seien keine besorgniserregenden Begleitumstände festgestellt worden. Die Laborwerte eines am 24.11.2009 erstellten kleinen Blutbildes seien im Normbereich gewesen. Erstmals finde sich am 07.12.2009 in der Dokumentation des Beklagten die Diagnose eines Infektes der oberen Luftwege. Am 11.12.2009 sei dann erstmalig eine akute Dyspnoe dokumentiert worden. Die an die Klägerin gerichtete Empfehlung von „Flüssigkeit, ggf. Ambroxol“ sei fachgerecht und nicht kontraindiziert gewesen. Eine Keimidentifizierung oder eine antibiotische Versorgung sei zu keinem Zeitpunkt der ambulanten Betreuung geboten gewesen. Auch für eine frühere stationäre Einweisung habe keine Anlass bestanden. Nach einem Arztbrief der Streithelferin vom 20.01.2010 habe die Klägerin bei Aufnahme am 11./12.12.2009 angegeben, dass sie seit drei Wochen an Husten mit Auswurf leide und es seit zwei Tagen zu einer Verschlechterung der Symptome und des Allgemeinbefindens gekommen sei. Entgegen der Behauptung der Klägerin könne daher eine maßgebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes erst ab dem 09.12.2009 eingetreten sein. Nicht mehr entscheidend ins Gewicht falle, dass der Vortrag der Klägerin im Laufe des Prozesses immer detaillierter geworden sei. Aus den Aussagen der Zeugen habe sich Konkretes zu einem dramatisch schlechten Gesundheitszustand der Klägerin und zur zeitlichen Einordnung der Symptome nicht entnehmen lassen. Schließlich hätten nicht nur der Beklagte, sondern insgesamt drei oder vier andere Ärzte, die die Klägerin in der fraglichen Zeit gesehen hatten, die von ihr beschriebenen schweren Symptome nicht festgestellt. Selbst bei der stationären Aufnahme am Abend des 11.12.2009 sei von den Ärzten ein „vesikuläres Atemgeräusch“ und damit eine normale Atmung dokumentiert worden. Die Schlussfolgerung des Sachverständigen, dass es sich um einen foudroyanten Verlauf einer Lungenentzündung gehandelt habe und dies schicksalhaft gewesen sei, teile die Kammer. Darauf komme es jedoch letztlich nicht an, denn die Klägerin habe den ihr obliegenden Beweis eines Diagnosefehlers nicht geführt. Selbst wenn man aber einen Diagnosefehler unterstellte, sei zu berücksichtigen, dass Diagnoseirrtümer, die objektiv auf eine Fehlinterpretation der Befunde zurückzuführen seien, nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler zu werten seien. Von einem aufgrund unvertretbarer Diagnose anzunehmender Behandlungsfehler könne vorliegend nicht die Rede sein. Ausweislich einer von der Klägerin vorgelegten, im Ärzteblatt veröffentlichten Übersichtsarbeit „Die postpartale Kardiomyopathie“ seien für die Krankheit Symptome wie Abgeschlagenheit, Luftnot und Husten kennzeichnend, die nicht zwingend an eine derart

schwere Erkrankung denken lassen müssten. Dem Aufsatz lasse sich auch nicht entnehmen, dass sich die dort zusammengefassten Erkenntnisse bereits 2009 so weit verbreitet gewesen wären, dass jeder niedergelassene Gynäkologe wie der Beklagte sie seiner Diagnostik hätte zugrunde legen müssen.

Mit der Berufung verfolgt die Klägerin ihr ursprüngliches Begehren weiter. Sie ist der Auffassung, das Landgericht sei aufgrund unzureichender medizinischer Sachverhaltsaufklärung und mangelhafter Beweiswürdigung zu einem unzutreffenden Ergebnis gelangt. Der Sachverständige Dr. T habe das Krankheitsbild einer perinatalen Kardiomyopathie nicht gekannt, sondern habe ohne nähere Anhaltspunkte und ohne Begründung die Vermutung geäußert, die Klägerin habe an einer foudroyanten Lungenentzündung mit Übergriff auf den Herzmuskel gelitten. Die schwangerschaftsbegleitende Kardiomyopathie sei gerade keine Erkrankung, der ein Infektionsprozess zugrunde liege, vielmehr entstünden die Atembeschwerden der betroffenen Patientinnen durch die eingeschränkte Herzauswurfleistung. Die Klägerin behauptet weiterhin, sie habe wegen ihrer schweren Atemnotanfälle nur noch im Sitzen schlafen können, habe unter schwersten Husten- und Luftnotattacken und dadurch bedingt an Erschöpfungszustand bis zur Niedergeschlagenheit gelitten. Dies habe durchaus dem Beschwerdebild einer peripartalen Kardiomyopathie entsprochen und habe, da es zum Kreis der für einen Geburtshelfer wesentlichen Krankheitsbilder gehöre, entgegen der Vorstellung des Sachverständigen von dem Beklagten ohne Weiteres erkannt werden müssen. Der Beklagte habe die Klägerin unbedingt zur begleitenden Untersuchung in ein Klinikum überweisen müssen. Die von ihr in erster Instanz vorgelegte medizinische Übersichtsarbeit stamme aus dem Ärzteblatt 2008 und das Krankheitsbild der peripartalen Kardiomyopathie sei schon seit mehr als 50 Jahren bekannt. Die Klägerin beanstandet die Beweiswürdigung des Landgerichts, soweit dieses die Aussagen der Zeugen als unzureichend präzise gewertet habe. Die Zeugen hätten sehr präzise über die Zeiträume des Auftretens der Beschwerdesymptomatik berichtet.

Die Klägerin beantragt, 18

das angefochten Urteil abzuändern und nach den erstinstanzlichen Klageanträgen zu erkennen. 19

Der Beklagte beantragt, 20

die Berufung zurückzuweisen. 21

Der Beklagte verteidigt das Urteil. Er ist der Auffassung, es sei ihm nicht als Behandlungsfehler vorzuwerfen, dass er von einem banalen Infekt ausgegangen sei und eine peripartale Kardiomyopathie nicht in Betracht gezogen habe. Die Diagnose einer peripartale Kardiomyopathie werde häufig erst spät gestellt, weil die klinischen Beschwerden der betroffenen Frauen sehr unterschiedlich seien und zunächst nicht auf eine kardiale Erkrankung hindeuteten. 22

Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen. 23

Die Klägerin hat der Medizinischen Zentrum Städteregion B GmbH mit Schriftsatz vom 09.04.2013 den Streit verkündet (Bl. 346 ff d.A.). Diese ist dem Rechtsstreit auf Seiten des Beklagten beigetreten. 24

25

II.

Die Berufung ist unbegründet.	26
Das Landgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weil der Klägerin nach den gemäß § 529 Abs. 1 ZPO maßgeblichen Feststellungen keine Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche gegen den Beklagten zustehen. Behandlungsfehler des Beklagten, die ursächlich für eine Gesundheitsschädigung der Klägerin geworden sind, sind nicht feststellbar.	27
Ein Behandlungsfehler kommt insbesondere nicht unter dem Gesichtspunkt eines Diagnosefehlers in Betracht. Ein Diagnosefehler wäre anzunehmen, wenn der Beklagte im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung dem Krankheitsbild einer peripartalen Kardiomyopathie (im Folgenden: PPCM) zuzuordnende Symptome verkannt hätte und infolgedessen zu der unzutreffenden Diagnose gelangt wäre, dass die Klägerin lediglich an einem banalen Infekt litt.	28
Zutreffend weist die Klägerin zunächst mit der Berufungsbegründung darauf hin, dass es für die von der Kammer getroffene Annahme, es müsse ein foudroyanter Verlauf einer Lungenentzündung mit Übergriff auf den Herzmuskel vorgelegen haben, keine Anhaltspunkte gibt. Soweit die Kammer sich auf die Ausführungen des Sachverständigen Dr. T gestützt hat, hat dieser für den Senat nicht nachvollziehbar begründet, wie er zu dieser Einschätzung gelangt ist. Den ärztlichen Behandlungsunterlagen, insbesondere den Arztbriefen des Universitätsklinikums B lässt sich die Diagnose einer Lungenentzündung nicht entnehmen. Beschrieben wird vielmehr die Diagnose einer PPCM, die zwischen den Parteien im Übrigen auch außer Streit steht.	29
Aber auch unter Berücksichtigung der bei der Klägerin durch das Universitätsklinikum B diagnostizierten PPCM ist ein dem Beklagten vorwerfbarer Diagnosefehler nicht festzustellen.	30
Die erstinstanzlich durchgeführte Beweisaufnahme hat nicht ergeben, dass der Beklagte schon vor dem Tag des 11.12.2009, an dem der Beklagte die Klägerin wegen akuter Atemnot in das Krankenhaus der Streithelferin überwiesen hat, entweder im Rahmen der Behandlung der Klägerin eindeutig erkennbare und auf das Vorliegen einer PPCM deutende Symptome übersehen hat oder dass die Klägerin dem Beklagten von dem Vorliegen entsprechender Symptome berichtet hat. Dabei kann dahin stehen, ob die Klägerin bereits seit Mitte November während der Kontrolltermine erkennbar unter Hustenanfällen litt. Denn ein schwerer Husten für sich genommen, ohne Hinzutreten zusätzlicher spezifischer Symptome hätte – wie der Sachverständige Dr. T überzeugend ausgeführt hat - zweifellos nicht auf eine PPCM schließen lassen müssen. Die meisten in den Herbst- und Wintermonaten auftretenden grippalen Infekte mit Beteiligung der Luftwege sind nach den ohne weiteres nachvollziehbaren und glaubhaften Ausführungen des Sachverständigen auf einen Virusinfekt zurückzuführen.	31
Soweit die Klägerin im Rahmen ihrer mündlichen Anhörung vor der Kammer am 07.12.2012 erklärt hat, sie habe, nachdem sie dem Beklagten bereits am 16.11.2009 von kräftigem Husten berichtet, am 23.11.2009 weitere spezifische Symptome geschildert, sie habe erklärt habe, dass sie erschöpft sei und sich „schlapp“ fühle und zudem nachts keine Luft bekomme, am 30.11.2009 habe sie über rosa Auswurf berichtet und bei der Kontrolle am 03.12.2009 Luftnot gehabt, hat sie diesen Vortrag nicht bewiesen. Die Zeugin I war bei den ärztlichen Kontrollterminen in der Praxis des Beklagten nicht zugegen und konnte infolgedessen mangels eigener Wahrnehmung weder zu spezifischen Krankheitssymptomen, die sich nach	32

klägerischer Behauptung während des Aufenthaltes in der Praxis zeigten, noch zu den Angaben der Klägerin gegenüber dem Beklagten während der Untersuchung etwas bekunden. Auch durch die Aussage des Zeugen I2 ist nicht bewiesen, dass die Klägerin während des Aufenthaltes spezifische, auf das Krankheitsbild einer PPCM hindeutende Symptome gezeigt hat oder dem Beklagten von solchen Symptomen berichtet hat. Der Zeuge war nach eigener Bekundung nur bei einigen Kontrollterminen zugegen und hatte an einzelne Termine keine Erinnerung mehr. Er meinte sich lediglich daran erinnern zu können, dass seine Ehefrau bei den Terminen ständig gehustet habe. Bei einem von dem Zeugen als „den letzten Termin“ beschriebenen Arztbesuch, sei der Beklagte darauf hingewiesen worden, dass es der Klägerin „so schlecht ging“. Der Aussage des Zeugen lässt sich nicht mit der erforderlichen Sicherheit entnehmen, dass die Klägerin über Beschwerden berichtete, die über die in den letzten Schwangerschaftswochen üblichen Beschwerden und über die Symptome eines grippalen Infekts hinaus gingen. Die in der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht aufgestellte Behauptung der Klägerin, sie habe dem Beklagten schon beim Kontrolltermin vom 23.11.2009 von Abgeschlagenheit und Atemnot berichtet, wird weder durch die Behandlungsdokumentation des Beklagten noch durch die Dokumentationen der nachbehandelnden Ärzte im Krankenhaus der Streithelferin und des Universitätsklinikums B gestützt. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. T lassen sich weder der ausgedruckten EDV-Karteikarte des Beklagten noch der handschriftlich geführten Schwangerschaftsvorsorge-Karte bis einschließlich dem 03.12.2009 bei einer ansonsten sehr ausführlichen Dokumentation Hinweise auf einen Infekt der Luftwege, Dyspnoe, reduziertem Allgemeinzustand oder Hustenanfälle entnehmen. Am 07.12.2009 wurde ein Infekt der oberen Luftwege dokumentiert („in der Nacht trockener Husten ? Flüssigkeit, ggf. Ambroxol“). Erstmalig unter dem 11.12.2009 findet sich in den Behandlungsunterlagen des Beklagten der Eintrag „akute Dyspnoe“. Aber nicht nur die Behandlungsunterlagen des Beklagten, sondern auch die im Krankenhaus der Streithelferin und der Uniklinik Aachen angefertigte Dokumentationen sprechen gegen die Behauptung der Klägerin, sie habe bereits seit dem 23.11.2009 erkennbar über Atemnot gelitten oder über diese geklagt. In einem Bericht des von der Streithelferin betriebenen Krankenhauses vom 14.12.2009 wurde ausgeführt, die Klägerin habe bei Einweisung über einen seit drei Wochen bestehenden Hustens mit Auswurf berichtet. Seit 2 Tagen sei es zu einer Verschlechterung der Symptome und des Allgemeinbefindens gekommen. Dass die Klägerin – wie von ihr im Prozess behauptet – schon seit etwa Mitte November unter Atemnot litt, hat die Klägerin bei ihrer Einweisung nicht angegeben, was gegen die Richtigkeit ihres prozessualen Vortrages spricht, jedenfalls den der Klägerin obliegenden Beweis eines Behandlungsfehlers nicht erbringt. Aus dem Verlegungsbericht der Frauenklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums B vom 17.12.2009 (Bl. 63 ff d.A.) ergibt sich nichts anderes. Auch nach diesem Arztbericht hat die Klägerin bei Aufnahme am 11.12.2009 im Kreißsaal angegeben, „seit ca. drei Wochen unter einem pulmonalen Infekt mit Husten zu leiden, der seit 2 Tagen auch putrides Sekret fördere“. Die auf den Angaben der Klägerin basierenden Behandlungsunterlagen der Krankenhäuser sprechen daher nicht für, sondern vielmehr gegen die Annahme, die Klägerin habe bereits vor dem 11.12.2009 unter deutlicher, auf das Krankheitsbild einer PPCM hindeutende Atemnot gelitten.

Dem Beklagten ist auch nach Feststellung des akuten, dyspnoischen Zustandes der Klägerin am 11.12.2009 ein Behandlungsfehler nicht vorzuwerfen. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. T hat der Beklagte auf die zusätzliche und neue klinische Symptomatik unverzüglich und fachgerecht reagiert und die Klägerin mit telefonischer Voranmeldung stationär eingewiesen. 33

Selbst wenn man aber von davon ausginge, der Beklagte sei trotz schon früher erkennbarer Symptome einer PPCM zu einer objektiv unrichtigen Diagnose eines banalen Infekts gelangt, würde die Verkennung der PPCM nicht als Behandlungsfehler zu bewerten sein. Irrtümer bei der Diagnosestellung sind häufig nicht Folge eines vorwerfbaren Versehens des Arztes. Die Symptome einer Erkrankung sind nämlich nicht immer eindeutig, sondern können auf die verschiedensten Ursachen hinweisen. Diagnoseirrtümer im Sinne einer Fehlinterpretation von Befunden oder dem Verkennen von Symptomen sind daher nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (vgl. BGH, Urteil vom 08.07.2003, Az. VI ZR 304/02, Tz. 8 ff; Urteil vom 14.07.1981, Az. VI ZR 35/79 - zitiert nach juris) und des erkennenden Senates nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler zu werten. Eine objektive Fehlerhaftigkeit der Diagnose ist nicht vorwerfbar, wenn es sich um eine in der gegebenen Situation vertretbare Diagnose handelt. Nur wenn die Deutung nicht nur objektiv fehlerhaft, sondern nicht mehr vertretbar ist, weil eindeutige Befunde oder Symptome erkannt werden, ist sie vorwerfbar. Davon ist vorliegend nicht auszugehen. Das Krankheitsbild der PPCM weist – wie sich aus der von der Klägerin vorgelegten medizinischen Übersichtsarbeit „Die postpartale Kardiomyopathie: Ein kardiologischer Notfall für Gynäkologen, Hausärzte, Internisten, Pneumologen und Kardiologen“ von Hilfiger-Kleiner, Schieffer, Meyer, Podewski, Drexler, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 2008, entnehmen lässt - keine Symptome auf, die eindeutig und ausschließlich dieser Erkrankung zuzuordnen sind. Häufige Symptome der PPCM sind Abgeschlagenheit, Luftnot und Husten, die ebenfalls als physiologische Folge der Schwangerschaft gedeutet werden können. Da die Beschwerden der betroffenen Patientinnen – so die Ausführungen in der o.g. Übersichtsarbeit - sehr unterschiedlich sind, wird häufig bei bis dahin gesunden jungen Frauen an eine kardiale Erkrankung nicht gedacht. Dass der Beklagte bei geschilderten Hustenbeschwerden und – unterstellt – berichteter Atemnot und Abgeschlagenheit allein an einen Infekt der Atemwege gedacht hat und nicht eine kardiale Erkrankung in Erwägung gezogen hat, stellt sich unter Berücksichtigung von in der Winterzeit häufig auftretenden Erkältungskrankheiten und im Rahmen des letzten Schwangerschaftsdrittels regelmäßig auftretenden reduzierten Wohlbefindens nicht als eine Verkennung eindeutiger Symptome und damit nicht als vorwerfbarer Diagnoseirrtum dar.

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus § 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711. 35

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Weder hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts. Die entscheidungserheblichen Fragen sind ausschließlich solche des Einzelfalls. 36

Berufungsstreitwert: 167.600,- EUR 37

(Klageantrag zu 1): 100.000,- EUR 38

Klageantrag zu 2): 17.600,- EUR 39

Klageantrag zu 3): 50.000,- EUR) 40