
Datum: 13.08.2014
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 65/12
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2014:0813.5U65.12.00

Vorinstanz: Landgericht Bonn, 9 O 375/10

Tenor:

I.

Die Berufung der Klägerin gegen das am 2. April 2012 verkündete Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn – 9 O 375/10 – wird zurückgewiesen.

II.

Auf die Berufung der Beklagten wird das am 2. April 2012 verkündete Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn – 9 O 375/10 – teilweise abgeändert und insgesamt wie folgt neu gefasst:

Die Klage wird abgewiesen.

III.

Die Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen werden der Klägern auferlegt.

IV.

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

Gründe:

1

I.

2

Die Klägerin nimmt die Beklagten mit dem Vorwurf ärztlicher Diagnose-, Befunderhebungs- und Behandlungsfehler während des stationären Aufenthaltes im Hause der Beklagten zu 1. in der Zeit vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden in Anspruch.

3

Bei der am xx. xx 1971 geborenen Klägerin wurde im Jahre 1991 Multiple Sklerose diagnostiziert, die im Jahre 1996 zu einem zweiten Schub führte. Am 18. Oktober 2008 gebar die Klägerin ihr zweites Kind. Die Entbindung erfolgte durch Kaiserschnitt. Ab dem 29. Oktober 2008 stellte sich bei ihr eine anhaltende Sehstörung und zusätzlich eine Gangunsicherheit ein, die sich in den Folgetagen verschlimmerte. Daraufhin suchte die Klägerin den Neurologen, Herrn Dr. N, auf, der sie mit der Diagnose „akuter Schub bei MS“ an das N2-Hospital in F, dessen Trägerin die Beklagte zu 1. ist, überwies. Dort wurde sie am 31.10.2008 von den Beklagten zu 2. und 3. klinisch untersucht. Im Rahmen der Untersuchung zeigten sich eine mäßige Dysarthrie, Doppelbilder beim Blick nach oben sowie motorische Einschränkungen. Die Beklagten zu 2. und 3. stellten die Diagnose: „erneuter Schub der Multiplen Sklerose“ und ordneten eine hochdosierte intravenöse Steroidtherapie an. Der Zustand der Klägerin verbesserte sich in den Folgetagen, so dass sie am 3. November 2008 aus der stationären Behandlung entlassen wurde. Am 4. November 2008 wurde sie erneut in das Krankenhaus der Beklagten zu 1. aufgenommen. Sie war komatös mit beidseits lichtstarrten Pupillen. Im CT des Schädels zeigte sich eine Thrombose der Arteria basilaris. Daraufhin wurde eine selektive Thrombolyse durchgeführt. Anschließend wurde die Klägerin auf der Intensivstation, ab dem 5. November 2008 in der neurologischen Abteilung und ab dem 9. November 2008 auf der Normalstation im Krankenhaus der Beklagten zu 1. weiterbehandelt. Am 19. November 2008 wurde die Klägerin entlassen, wegen Verschlechterung ihres Zustandes aber am 20. November 2008 wieder aufgenommen. Therapeutisch wurde eine Antikoagulation mit Marcumar eingeleitet. Ab dem 2. Dezember 2008 erhielt sie im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung in der F2klinik in N3 Sprach-, Physio- und Ergotherapie. In der Folgezeit besserte sich ihr Zustand. Am 13. Januar 2010 wurde bei der Klägerin eine Schieloperation des linken Auges und vom 23. Februar 2010 bis zum 16. März 2010 eine weitere Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

4

Die Klägerin hat behauptet, dass die Beklagten zu 2. und 3. die Diagnose „akuter Schub der Multiplen Sklerose“ vorschnell gestellt hätten. Die erforderliche differenzialdiagnostische Abklärung sei nicht erfolgt. Bis Oktober 2008 sei sie durch die MS-Erkrankung in keiner Weise in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen. In den ersten Monaten nach der Entlassung habe sie nur mithilfe eines Rollators gehen können. Inzwischen könne sie zwar frei gehen, es bestehe aber weiterhin Sturzgefahr. Sie habe weiterhin eine Seh- und Sprachstörung. Darüber hinaus leide sie an Depressionen. Während der zahlreichen Behandlungen seien für sie Fahrtkosten und Kosten für Zuzahlungen in Höhe von insgesamt 2.663,05 Euro entstanden. Wegen der bestehenden Beeinträchtigungen sei sie im Zeitraum bis November 2009 auf Hilfe und Betreuung von mindestens drei Stunden täglich angewiesen gewesen. Inzwischen sei dafür eine Stunde täglich ausreichend. Nach wie vor könne sie sich

5

nur schlecht konzentrieren. Sie sei nicht mehr in der Lage, ihre frühere Erwerbstätigkeit in dem Betrieb ihres Ehemannes auszuüben. Auch in ihrer Fähigkeit, sich um ihre Kinder und um ihren Haushalt zu kümmern, sei sie stark eingeschränkt und in erheblichem Umfang auf die Hilfe ihrer Mutter und auch auf die Mithilfe ihres Ehemannes angewiesen. Die für März 2009 vorgesehen gewesene Abschlussprüfung zu ihrer Ausbildung als Heilpraktikerin, die ihr eine entsprechende selbständige Tätigkeit und ein jährliches Einkommen von mindestens 12.000 Euro ermöglicht hätte, habe sie nicht ablegen und später auch nicht nachholen können. Bis zu der Operation im Januar 2010 sei es für sie auch nicht möglich gewesen, selbständig Auto zu fahren. Inzwischen habe sie aber begonnen, kurze Strecken mit dem Auto zurückzulegen.

Die Klägerin hat beantragt,

6

- 1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie wegen der fehlerhaften ärztlichen Behandlung in der Zeit vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 1. Januar 2010; 78
- 2. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin wegen der fehlerhaften ärztlichen Behandlung in der Zeit vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 einen Betrag von 84.552,60 Euro zu zahlen, zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 1. Januar 2010; 190
- 3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an die Klägerin wegen der fehlerhaften ärztlichen Behandlung in der Zeit vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 ab dem 1. September 2010 eine monatliche Rente in Höhe von 3.515,55 Euro zu zahlen, zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Fälligkeit; 1112
- 4. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner dazu verpflichtet sind, der Klägerin alle materiellen Schäden zu ersetzen, die ihr aus der fehlerhaften ärztlichen Behandlung in der Zeit vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 in Zukunft noch entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht infolge sachlicher und zeitlicher Kongruenz auf Sozialversicherungsträger und sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden. 1134

Die Beklagten haben beantragen, die Klage abzuweisen, und sind den Vorwürfen der Klägerin entgegengetreten.

15

Wegen aller Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf den Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

16

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des neurologischen Sachverständigen Prof. Dr. N4, das dieser mündlich erläutert hat [schriftliches Gutachten vom 21. Dezember 2011 (Bl. 133 – 153 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen am 24. Februar 2012 (S. 2 – 6 des Protokolls vom 24. Februar 2012, Bl. 177 ff., 177R – 179R d. A.)], und durch Einholung eines neuroradiologischen Zusatzgutachtens des

17

Sachverständigen J [schriftliches Zusatzgutachten vom 6. November 2011 (Bl. 154 – 160 d. A.)]. In dieser Weise sachverständig beraten hat das Landgericht der Klage in dem aus dem Tenor des angefochtenen Urteils ersichtlichen Umfange teilweise stattgegeben und dies damit begründet, dass den Beklagten zu 2. und 3. am 31. Oktober 2008 sowohl ein Befunderhebungs- als auch ein grober Diagnosefehler deshalb unterlaufen sei, weil sie die Diagnose eines akuten Schubes der Multiplen Sklerose gestellt haben, ohne die erforderliche differentialdiagnostische Abklärung in Form einer CT- und/oder MRT-Untersuchung vorgenommen zu haben, wobei sich bei einer entsprechenden Untersuchung bereits am 31. Oktober 2008 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Vorläufer einer Thrombose der Arteria basilaris gezeigt hätten, dass als zurechenbare Folgen des Behandlungsfehlers die dreitägige Behandlung mit Cortison, die am 4. November 2008 eingetretene Thrombose der Arteria basilaris, die Folgebehandlungen einschließlich der Rehabilitationsmaßnahmen und der Schieloperation im Januar 2010 sowie die bei der Klägerin eingetretene Sehbeeinträchtigung anzusehen seien, und dass diesen Folgen mit den zuerkannten Beträgen und mit der im Tenor getroffenen Feststellung angemessen Rechnung getragen werde. Im Übrigen hat das Landgericht die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass weitere schadensursächliche Fehler bzw. weitere Folgen der festgestellten Fehler der Behandler im Hause der Beklagten zu 1. nicht festgestellt werden könnten.

Dagegen richtet sich die Berufung der Klägerin, mit der sie ihre erstinstanzlichen Anträge, 18
soweit das Landgericht diesen nicht entsprochen hat, unverändert weiterverfolgt.

Zur Begründung ihrer Berufung trägt die Klägerin insbesondere vor, dass das Landgericht zu 19
Unrecht angenommen habe, dass die Beklagten ausschließlich für die Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit der Klägerin verantwortlich seien, und dass das Landgericht sich nicht hinreichend mit den gesundheitlichen und materiellen Schäden der Klägerin auseinandergesetzt, die von der Klägerin hierzu angebotenen Beweismittel nicht beachtet und die Beweisaufnahme in einer die Klägerin benachteiligenden Weise einseitig verkürzt habe. Das Landgericht habe sich auch nicht hinreichend mit dem eingeholten Sachverständigengutachten auseinandergesetzt und sei den dadurch aufgeworfenen Fragen und Unklarheiten nicht in der gebotenen Weise nachgegangen. Bei der Klägerin hätten vor der umstrittenen Behandlung keinerlei neurologische Auffälligkeiten, Behinderungen oder sonstige mentale oder körperliche Einschränkungen bestanden. Nach Abschluss der Behandlungen der Klägerin im Hause der Beklagten zu 1. und nach der anschließenden Rehabilitation und Augenoperation seien bei der Klägerin trotz intensiver ärztlicher und therapeutischer Bemühungen massive gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen Konzentration, Belastbarkeit und Sprache verblieben. Ferner habe sich inzwischen eine behandlungsbedürftige Depression eingestellt. Die Klägerin sei bis heute außer Stande, ihren Haushalt ohne Hilfe zu führen und ihren beruflichen Verpflichtungen nachzukommen. Ihre Prüfung zur Heilpraktikerin könne sie wegen mangelnder Konzentrationsfähigkeit nicht ablegen. Es bestehe ein GdB von 100 mit den Merkzeichen aG, RF und H. Das Landgericht sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass die bei der Klägerin vorhandenen Sehstörungen, Gehbehinderungen und psychischen Beeinträchtigungen als Sekundärschäden anzusehen seien, und habe insoweit die Beweislast falsch beurteilt. Das Landgericht habe verkannt, dass die Klägerin infolge der fehlerhaften Behandlung in dem beklagten Krankenhaus nicht nur eine Thrombose der Arteria basilaris erlitten habe, sondern auch einen unmittelbaren Hirnschaden. Die bei der Klägerin vorhandenen neurologischen Ausfallerscheinungen gingen mit diesem Hirnschaden einher, seien gewissermaßen dessen äußeres Erscheinungsbild und stellten deshalb Primärschäden dar, nicht lediglich Sekundärschäden. Diese Betrachtung entspreche auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung, was das Landgericht ebenfalls nicht beachtet habe. Der somit den Beklagten obliegende Kausalitätsgegenbeweis sei den

Beklagten nicht gelungen. Denn der Gerichtssachverständige habe sich nicht in der Lage gesehen, die festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin klar der MS bzw. dem Hirnschaden zuzuordnen. Diese Beweisschwierigkeiten gingen zu Lasten der Beklagten. Zudem habe das Landgericht nicht berücksichtigt, dass der Gerichtssachverständige seine Differenzierung zwischen den Einschränkungen der Sehfähigkeit und den übrigen Einschränkungen recht willkürlich getroffen und bei seiner mündlichen Anhörung nicht aufrechterhalten habe. Es müsse sich im Übrigen auch zu Lasten der Beklagten auswirken, dass die Beweisschwierigkeiten teilweise auch auf die mangelhafte neurologische Dokumentation der Beklagten zurückzuführen seien. Auch wenn die bei der Klägerin eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in dem vom Landgericht angenommenen Umfang als Sekundärschäden anzusehen wären, wäre die Entscheidung des Landgerichts zu Unrecht ergangen. Denn das Landgericht habe verkannt, dass es sich bei sämtlichen Schäden um typische Folgen der auch vom Landgericht als Primärschäden anerkannten Umstände handele, und dass deshalb auch insoweit die Beweislastumkehr greife. Es werde beantragt, die bildgebenden Befunde der Praxis für Radiologie in der C Str. 2 in F im Original beizuziehen. Aus diesen Befunden werde sich ergeben, dass die von der Klägerin geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sämtlich auf die umstrittene Behandlung zurückzuführen seien. Das zuerkannte Schmerzensgeld sei deutlich zu niedrig angesetzt und mit mindestens 45.000 Euro zu veranschlagen. Der Haushaltsführungsschaden sei vom Landgericht – in konsequenter Fortführung der falschen Zuordnung eines Teils der eingetretenen Schäden als Sekundärschaden – zu Unrecht ausschließlich unter Berücksichtigung der Einschränkungen der Sehfähigkeit bemessen worden. Zudem habe das Landgericht auch im Hinblick auf alle von der Klägerin geltend gemachten materiellen Schäden zu Unrecht die von der Klägerin angebotenen Beweise nicht erhoben bzw. zu Unrecht nicht von der insoweit teilweise – etwa in Bezug auf den Pflege- und Betreuungsaufwand – gegebenen Schätzungsmöglichkeit Gebrauch gemacht. Die Beklagten und das Landgericht hätten offenbar verkannt, dass den Beklagten nicht vorgeworfen werde, am 31. Oktober 2008 die Diagnose einer Thrombose der Arteria basilaris nicht getroffen zu haben, dass ihnen vielmehr vorgeworfen werde, eine ungesicherte Hirnstammsymptomatik nicht weiter abgeklärt und damit die Chance vertan zu haben, die am 4. November 2008 aufgetretene Thrombose zu verhindern.

Die Beklagten beantragen die Zurückweisung der Berufung und verfolgen mit ihrer Berufung ihren erstinstanzlichen Antrag, die Klage insgesamt abzuweisen, unverändert weiter. 20

Zur Begründung treten sie dem Berufungsvorbringen der Klägerin im Einzelnen entgegen und tragen ergänzend insbesondere vor, dass das Landgericht das Recht der Beklagten auf rechtliches Gehör verletzt habe. Denn das Landgericht habe sich ebenso wie der Gerichtssachverständige Prof. Dr. N4 nicht hinreichend mit dem Parteivortrag der Beklagten und auch nicht mit dem von den Beklagten vorgelegten Gutachten des Parteisachverständigen Prof. Dr. I auseinandergesetzt. Schon im Tatbestand des angefochtenen Urteils sei der Vortrag der Beklagten zum Behandlungsgeschehen mit keinem Wort erwähnt. Und auch die Entscheidungsgründe zeigten, dass das Landgericht sich ausschließlich mit den Behauptungen der Klägerin auseinandergesetzt habe. Das Landgericht und der Gerichtssachverständige Prof. Dr. N4 hätten zu Unrecht einen Befunderhebungsmangel bzw. groben Diagnosefehler angenommen, obwohl lediglich von einem nicht haftungsbegründenden einfachen Diagnoseirrtum ausgegangen werden könne. Das Gutachten des Gerichtssachverständigen, dem das Landgericht „blind“ gefolgt sei, sei unzulässigerweise von einer Betrachtung aus der Sicht ex post ausgegangen. Auf der Basis der maßgeblichen Sicht ex ante ergebe sich eine andere Bewertung der Geschehnisse. So sei die Klägerin mit der Arbeitsdiagnose eines akuten MS-Schubes in das Krankenhaus der 21

Beklagten zu 1. eingeliefert worden und die von der Klägerin angegebenen Symptome seien vor dem Hintergrund dieser Arbeitsdiagnose plausibel gewesen. Im Hinblick darauf und auf das Alter der Klägerin sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem tatsächlich vorliegenden akuten MS-Schub auszugehen gewesen. Demgegenüber sei das Auftreten einer Thrombose der Arteria basilaris im Zeitraum von vier Wochen nach einer Geburt bei einer damals 37-jährigen Patientin als eine absolute Rarität anzusehen. Vor diesem Hintergrund sei im Hause der Beklagten zu 1. die Arbeitsdiagnose eines akuten MS-Schubs als gesichert angesehen worden, zumal sie auf die hochdosierte intravenöse Steroidtherapie zunächst positiv angeschlagen habe. Vor diesem Hintergrund habe während des ersten Aufenthaltes der Klägerin im Hause der Beklagten zu 1. keine medizinische Indikation für die Durchführung einer MRT-Untersuchung des Kopfes bestanden. Zu diesen Fragen bestehe ein eklatanter Widerspruch zwischen dem Gerichtsgutachten und dem Parteigutachten der Beklagten, dem das Landgericht hätte nachgehen müssen. Insoweit werde beantragt, den bisherigen Gerichtssachverständigen ergänzend mündlich anzuhören bzw. ein „Obergutachten“ einzuholen. Im Übrigen sei zwar wohl inzwischen geklärt, dass die Thrombose der Arteria basilaris erst am 4. November 2008 aufgetreten sei, werde aber gleichwohl durch das Landgericht und den Gerichtssachverständigen verkannt, dass dies bedeute, dass diese Thrombose am 31. Oktober 2008 noch nicht vorgelegen habe, und dass die Diagnose eines akuten MS-Schubes am 31. Oktober 2008 korrekt gewesen sei. Auch insoweit bestünde ein Widerspruch zwischen dem Gerichtsgutachten und dem Parteigutachten, dem das Landgericht hätte nachgehen müssen. Das Landgericht habe verkannt, dass kein vorwerfbarer Diagnosefehler vorliege, wenn der behandelnde Arzt über eine nahe liegende und durch eine Reihe flüssig ineinander greifender Umstände scheinbar abgesicherte Diagnose eine weit entferntere differentialdiagnostische Möglichkeit übersieht. Erst bei der Einlieferung am 3. November 2008 hätten erkennbare Symptome einer Thrombose der Arteria basilaris vorgelegen, die umgehend durch die dann erforderliche CT- und MRT-Aufnahmen abgeklärt worden seien. Entgegen der Behauptung der Klägerin habe diese keinen unmittelbaren Hirnschaden erlitten, für den die Beklagten verantwortlich sein könnten. Vielmehr habe die Klägerin nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen Narbenbildungen aufgrund ihrer MS-Vorerkrankung aufgewiesen, die die neurologischen Ausfälle mit Ausnahmen der Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit erklärten. Dementsprechend sei das Landgericht zu Recht davon ausgegangen, dass die geklagten neurologischen Ausfallerscheinungen als Sekundärschäden anzusehen seien. Das erstinstanzlich zuerkannte Schmerzensgeld sei übersetzt. Die Entscheidung zum Haushaltsführungsschaden sei inkonsequent, weil das Landgericht einerseits – zu Recht – darauf hinweise, dass der Vortrag der Klägerin insoweit nicht hinreichend substantiiert sei, andererseits aber gleichwohl einen Haushaltsführungsschaden zuerkenne. Eine ausreichende Schätzungsgrundlage hierfür fehle und der ausgeurteilte Betrag sei übersetzt.

Die Klägerin beantragt die Zurückweisung der Berufung der Beklagten und tritt deren Vorbringen hierzu im Einzelnen entgegen.

22

Wegen der weiteren Einzelheiten des Berufungsvorbringens der Parteien wird auf die im Berufungsverfahren eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen einschließlich der Schriftsätze der Klägerin vom 23. Juni 2014 [Bl. 526/527 (= 524/525) d. A.] und der Beklagten vom 23. Juni 2014 [Bl. 528 (= 523) d. A.] sowie auf das Vorbringen der Parteien in den mündlichen Verhandlungen am 17. Dezember 2012 und am 19. Mai 2014 [Protokolle, Bl. 372 f. und 511 ff. d. A.] Bezug genommen.

23

Der Senat hat weiteren Beweis durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. W [Facharzt für Neurologie], das dieser in dem

24

Verhandlungs- und Beweisaufnahmetermin vor dem Senat am 19. Mai 2014 mündlich näher erläutert hat [schriftliches Gutachten vom 17. Oktober 2013 (Bl. 429 – 465 i. V. m. 466 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen am 9. Mai 2014 (Bl. 2 – 7 des Protokolls der mündlichen Verhandlungs- und Beweisaufnahmetermin am 19. Mai 2014, Bl. 511 ff., 512 – 517 d. A.)], sowie durch ergänzende mündliche Anhörung des Sachverständigen J [Facharzt für Radiologie mit der Zusatzbezeichnung Neuroradiologie], der bereits in erster Instanz beauftragt worden war und ein schriftliches neuroradiologisches Zusatzgutachten erstattet hat [Bl. 2, 3 – 7 des Protokolls der mündlichen Verhandlungs- und Beweisaufnahmetermin am 19. Mai 2014, Bl. 511 ff., 512, 513 – 517 d. A.]]. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten des Priv.-Doz. Dr. W und das Protokoll der mündlichen Erläuterungen des Priv.-Doz. Dr. W und des J Bezug genommen.

II. 25

Die Berufungen der Parteien sind zulässig. Die Berufung der Beklagten hat auch in der Sache in vollem Umfang Erfolg, während die Berufung der Klägerin unbegründet ist. 26

Der Klägerin stehen gegen die Beklagten die geltend gemachten Ansprüche auf Zahlung von Ersatz für materielle und immaterielle Schäden unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu. Denn der Klägerin ist der ihr obliegende Beweis dafür nicht gelungen, dass den Behandlern im Hause der Beklagten zu 1. bei dem umstrittenen stationären Aufenthalt in der Zeit vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 schadensursächliche Fehler unterlaufen sind: 27

1. 28

Bei dieser Beurteilung folgt der Senat den Gutachten der Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. W [Facharzt für Neurologie; schriftliches Gutachten vom 17. Oktober 2013 (Bl. 429 – 465 i. V. m. 466 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen am 9. Mai 2014 (Bl. 2 – 7 des Protokolls der mündlichen Verhandlungs- und Beweisaufnahmetermin am 19. Mai 2014, Bl. 511 ff., 512 – 517 d. A.)] und J [Facharzt für Radiologie mit der Zusatzbezeichnung Neuroradiologie; in erster Instanz erstattetes schriftliches neuroradiologisches Zusatzgutachten vom 6. November 2011 (Bl. 154 – 160 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen hierzu in zweiter Instanz am 19. Mai 2014, S. 2, 3 – 7 des Protokolls der mündlichen Verhandlungs- und Beweisaufnahmetermin vor dem Senat am 19. Mai 2014, Bl. 511 ff., 512, 513 – 517 d. A.)]. Das Gutachten des Sachverständigen Priv.-Doz. Dr. W überzeugt den Senat nicht zuletzt deshalb, weil es auf der Basis einer sorgfältigen Auswertung der Krankenunterlagen und des Akteninhalts im Übrigen, auf der Basis einer eingehenden Auseinandersetzung mit dem erstinstanzlich eingeholten Gutachten des neurologischen Gerichtssachverständigen Prof. Dr. N4 [Direktor des Lehrstuhls für Neurowissenschaften und Rehabilitation der Universität zu L; schriftliches Gutachten vom 21. Dezember 2011 (Bl. 133 – 153 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen am 24. Februar 2012 (S. 2 – 6 des Protokolls vom 24. Februar 2012, Bl. 177 ff., 177R – 179R d. A.)] und mit dem Gutachten des Parteisachverständigen der Beklagten Prof. Dr. A. I [offenbar Neurologe; neurologisches Gutachten vom 8. März 2010 (Bl. 192 – 205 d. A.)] sowie unter Eingehen auf das Vorbringen der Parteien umfassend, in sich schlüssig und gut nachvollziehbar begründet worden ist. Das Gutachten des Gerichtssachverständigen J hat den Senat ebenfalls überzeugt, weil auch dieser Sachverständige sein Gutachten auf der Basis einer sorgfältigen Auswertung der Krankenunterlagen und des Akteninhalts im Übrigen sowie unter eingehender Auseinandersetzung mit den Vorbringen der Parteien in sich schlüssig und gut nachvollziehbar begründet und zudem in dem Verhandlungs- und Beweisaufnahmetermin am 19. Mai 2014 in überzeugender Weise sowie unter Eingehen auf die Feststellungen des Gerichtssachverständigen Priv.-Doz. Dr. W mündlich ergänzend erläutert hat. 29

Nach den in dieser Weise überzeugenden Gutachten der Gerichtssachverständigen Dr. W und J können schadensursächliche Diagnose-, Befunderhebungs- und/oder Behandlungsfehler der Behandler im Hause der Beklagten zu 1. während des umstrittenen stationären Aufenthaltes der Klägerin dort vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 nicht festgestellt werden:	30
2.	31
Insbesondere kann nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht davon ausgegangen werden, dass den Behandlern im Hause der Beklagten zu 1. während des umstrittenen stationären Aufenthaltes der Klägerin vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 ein haftungsbegründender Diagnosefehler und in dessen Folge ein schadensursächlicher Behandlungsfehler unterlaufen ist:	32
Vielmehr war nach den Feststellungen des Dr. W die Diagnose eines akuten MS-Schubs aus medizinisch-sachverständiger Sicht – wenn sie nicht zugetroffen haben sollte – zumindest gut vertretbar mit der rechtlichen Folge, dass diese Diagnose für den Fall, dass sie objektiv falsch gewesen sein sollte, allenfalls als ein haftungsrechtlich folgenloser Diagnoseirrtum bewertet werden könnte. Und die im Hinblick auf die Diagnose eines akuten MS-Schubes erfolgte Verabreichung von Cortison hatte nach den Feststellungen des Sachverständigen Dr. W und auch denen des Prof. Dr. N4 für die Klägerin jedenfalls keine nachteiligen Wirkungen.	33
Zu der Diagnose eines akuten MS-Schubes hat der Sachverständige Dr. W insbesondere ausgeführt, dass Voraussetzung für die Annahme eines akuten MS-Schubes neue bzw. reaktivierte klinisch-neurologische Ausfälle und Symptome seien, die subjektiv berichtet oder durch Untersuchung objektiviert würden, mindestens 24 Stunden anhielten und mit einem zeitlichen Intervall von mindestens 30 Tagen ab dem Beginn vorangegangener Schübe aufträten, und die nicht infektionsbedingt erklärbar seien. Diese Voraussetzungen hätten bei der Klägerin vorgelegen. Zu Beginn des umstrittenen Klinikaufenthaltes habe die Klägerin eine seit zwei bis drei Tagen bestehende neurologische Symptomatik beklagt, die im Wesentlichen durch Doppelbilder und Gangunsicherheit geprägt gewesen sei. Diese Symptomatik habe nach ihrem ersten Auftreten mit der Tendenz einer Verschlimmerung fortbestanden. Ein Infekt bzw. eine infektbedingte Verschlechterung der neurologischen Symptomatik sei im Hause der Beklagten zu 1. ausgeschlossen worden. Zusätzlich zu berücksichtigen seien die bekannte vorbestehende Multiple Sklerose und der Umstand, dass der behandelnde Neurologe die Klägerin mit der Diagnose einer Multiplen Sklerose in das Krankenhaus der Beklagten zu 1. eingewiesen habe. Hinzukomme, dass die Klägerin am 18. Oktober 2008 im Wege eines Not-Kaiserschnittes ihr zweites Kind zur Welt gebracht habe, und dass die Wahrscheinlichkeit eines MS-Schubes zwar während einer Schwangerschaft in der Regel verringert sei, postpartal indes erkennbar ansteige. Vor dem Hintergrund der vorgenannten Umstände sei es aus medizinisch-sachverständiger Sicht nicht zu beanstanden, dass die Behandler im Hause der Beklagten zu 1. von der Verdachtsdiagnose eines akuten MS-Schubes ausgegangen seien.	34
Ob die Diagnose eines akuten MS-Schubes nicht nur aus medizinisch-sachverständiger Sicht gut vertretbar, sondern darüber hinaus zutreffend gewesen sei, lasse sich im Nachhinein weder nachweisen noch ausschließen. Denn durch das später sicher eingetretene ischämische Geschehen sei eine ausgedehnte Gewebeschädigung eingetreten, die einen Nachweis einer zusätzlichen entzündlichen Läsion auch im Rahmen einer MRT-Untersuchung nicht mehr erlaube mit der Folge, dass sich nicht mehr sicher aufklären lasse, ob die initialen Beschwerden der Klägerin Ende Oktober 2008 durch einen MS-Schub ausgelöst worden oder ob sie erste transitorische Symptome eines vaskulären Ereignisses	35

gewesen seien.

Vor dem Hintergrund der Diagnose eines akuten MS-Schubes sei die Verabreichung von Cortison indiziert gewesen. Im Falle eines frischen Infarktes hätte diese Cortisonbehandlung beendet werden müssen, weil in dem Falle für diese Therapie keine Grundlage mehr bestanden hätte. Eine Verschlechterung der Symptomatik durch die Cortisonbehandlung sei indes auszuschließen [in diesem Punkt stimmen die Feststellungen des Sachverständigen Dr. W und diejenigen des Prof. Dr. N4 vollständig überein; denn Prof. Dr. N4 hat hierzu festgestellt, dass die Cortisontherapie bei der Klägerin weder Wirkungen noch Nebenwirkungen entfaltet und ihr nicht geschadet habe]. 36

Die vorstehend wiedergegebenen Ausführungen des Sachverständigen Dr. W überzeugen den Senat. Sie werden letztlich von der Klägerin auch nicht mit Substanz angegriffen. Ihr Vorwurf gegen die Beklagten geht denn auch in erster Linie dahin, dass die Behandler im Hause der Beklagten zu 1. sich nicht mit der Verdachtsdiagnose eines akuten MS-Schubes hätten begnügen dürfen, dass sie vielmehr differentialdiagnostisch auch dem Verdacht auf ein ischämisch-vaskuläres Geschehen hätten nachgehen müssen, worauf sogleich unter 3. näher einzugehen sein wird. 37

3. 38

Nach den überzeugenden Gutachten der Gerichtssachverständigen Dr. W und J können auch haftungsbegründende Befunderhebungsfehler der Behandler im Hause der Beklagten zu 1. während des umstrittenen stationären Aufenthaltes der Klägerin vom 31. Oktober bis zum 3. November 2008 nicht festgestellt werden: 39

a) 40

Eine Haftung der Beklagten ergibt sich insbesondere nicht aus dem Umstand, dass während des umstrittenen Krankenhausaufenthaltes im Hause der Beklagten zu 1. keine CT-Untersuchung durchgeführt worden ist. 41

Zwar stellt es nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Sachverständigen Dr. W aus medizinisch-sachverständiger Sicht einen Fehler dar, dass am 31. Oktober 2008 eine CT-Untersuchung nicht durchgeführt worden ist. Hierzu hat er insbesondere ausgeführt, dass bei der Klägerin lediglich die Verdachtsdiagnose eines akuten MS-Schubes vorgelegen, dass diese Diagnose indes nicht gesichert gewesen sei. Somit habe eine letztlich unklare Hirnstammsymptomatik vorgelegen. In dieser Situation sei es im Rahmen der Notfalldiagnostik indiziert gewesen, eine CT-Untersuchung durchzuführen, um eine Blutung auszuschließen und um Erkenntnisse auf ein möglicherweise vorliegendes venöses Geschehen zu erhalten. 42

Dieser Fehler führt indes nicht zu einer Haftung der Beklagten, weil nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme feststeht, dass sich aus einer CT-Untersuchung ein reaktionspflichtiger Befund nicht ergeben hätte. Denn nach den Feststellungen des Sachverständigen Dr. W ist sicher davon auszugehen, dass bei der Klägerin weder eine Blutung noch eine Venenthrombose vorgelegen hat, und dass dementsprechend eine CT-Untersuchung für beides keine weiteren Anhaltspunkte und damit keine reaktionspflichtigen Befunde und auch sonst keine Veranlassung für eine Änderung des Behandlungsregimes geboten hätte. Letztlich wäre durch eine CT-Untersuchung nach der überzeugenden Einschätzung des Sachverständigen Dr. W die Verdachtsdiagnose eines MS-Schubs weiter unterstützt worden. 43

b)

Nach den überzeugend begründeten Feststellungen der Sachverständigen Dr. W und J kann ein haftungsbegründender Befunderhebungsfehler auch nicht im Hinblick auf den Umstand festgestellt werden, dass bei der Klägerin während ihres umstrittenen Krankenhausaufenthaltes im Hause der Beklagten zu 1. eine MRT-Untersuchung nicht notfallmäßig durchgeführt worden ist. 45

aa) 46

Dies gilt schon deshalb, weil eine notfallmäßig durchgeführte MRT-Untersuchung nach den überzeugend begründeten Feststellungen der Sachverständigen Dr. W und J nicht indiziert war mit der rechtlichen Folge, dass das Unterlassen insoweit nicht als fehlerhaft bewertet werden kann: 47

Hierzu haben die Sachverständigen Dr. W und J insbesondere ausgeführt, dass in den Leitlinien der ischämische Schlaganfall als akutes fokales neurologisches Defizit aufgrund einer umschriebenen Durchblutungsstörung des Gehirns bezeichnet werde. Eine Festlegung zu der Frage, wann und unter welchen Bedingungen genau bei Vorliegen eines fokalen neurologischen Defizits an einen ischämischen Schlaganfall als Ursache gedacht werden müsse, gehe aus den Leitlinien hingegen nicht klar hervor. Als klinisch praktikabel habe sich jedoch die Einschätzung erwiesen, dass ein plötzlich auftretendes neurologisches Defizit den Verdacht auf Vorliegen eines ischämisch-vaskulären Ereignisses begründe, wobei der zeitliche Verlauf variabel sein könne. Im Falle der Klägerin habe der Beginn der neurologischen Symptomatik jedoch bereits ca. drei Tage zurückgelegen, wobei die Symptome mit leichter Tendenz zur Verschlimmerung fortbestanden hätten. Diese Krankheitsdynamik habe dem typischen Verlauf eines MS-Schubes entsprochen. Einen akuten MS-Schub als Ursache für die Symptomatik hätten die Behandler zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme am 31. Oktober 2008 im Hinblick darauf und nicht zuletzt auch wegen der bekannten vorbestehenden Multiplen Sklerose für sehr viel wahrscheinlicher halten können als eine Verursachung durch ein zerebrovaskuläres Ereignis, welches typischerweise plötzlich auftrete. Soweit der erstinstanzlich beauftragte Gerichtssachverständige Prof. Dr. N4 die Auffassung vertreten habe, dass beide Krankheitsbilder am Aufnahmetag des 31. Oktober 2008 differentialdiagnostisch mit gleicher Wertigkeit zu behandeln gewesen seien, sei dem nicht zu folgen. Zwar habe mit der Hirnstammsymptomatik ein relativ schwerwiegendes Krankheitsbild vorgelegen, dem man habe nachgehen müssen. Maßgeblich für die medizinisch-sachverständige Bewertung des diagnostischen Vorgehens und insoweit insbesondere für die Bewertung des Festlegens der Zeitpunkte für die anstehenden Untersuchungsmaßnahmen sei aber bei der Klägerin während des umstrittenen Krankenhausaufenthaltes im Hause der Beklagten zu 1. die Frage, ob die Behandler nach dem vorliegenden klinischen Bild von einer klaren MS-Symptomatik hätten ausgehen können, oder ob sie transitorisch-ischämische Attacken hätten annehmen müssen, wobei unter transitorisch-ischämische Attacken wiederkehrende, aber flüchtige Verschlüsse von kleineren Gefäßen zu verstehen seien, die durch die Verschleppung kleinerer Gerinnsel hervorgerufen würden, und die in der Regel nicht zu großen Infarkten führten, sondern zu kleinen „Schlägelchen“, die sich unter Umständen wieder vollständig zurückbilden könnten, ohne dass es zu einem morphologischen Schaden komme. Maßgeblich sei dementsprechend die Frage, ob die Klägerin Symptome gezeigt habe, die auf einen solchen Vorgang schließen ließen oder ob bei ihr eher konstante Symptome vorgelegen hätten, die für einen MS-Schub typisch seien. Hätten bei der Klägerin fluktuierende Symptome der angesprochenen Art vorgelegen und hätten diese sich zudem in verschiedenen Stromgebieten gezeigt, hätte dies 48

einen klaren und vorrangig zu überprüfenden Verdacht auf ein vaskuläres Ereignis bedeutet. Dies sei indes nicht der Fall gewesen. Bei der Klägerin habe es eine erste Symptomatik bereits am 29. Oktober 2008 und damit zwei Tage vor dem Tag der stationären Aufnahme gegeben, wobei diese Symptomatik mit einer leichten Verschlechterungstendenz bestehen geblieben sei. Dies sei aber eher für einen MS-Schub typisch und entspreche demgegenüber nicht dem typischen Bild einer TIA mit den hierfür typischen Verflüchtigungen, die spätestens nach 24 Stunden hätten eintreten müssen. Dementsprechend habe deutlich mehr für das Vorliegen eines akuten MS-Schubes als für das Vorliegen eines vaskulären Ereignisses gesprochen. Im Übrigen hätten die Behandler im Hause der Beklagten zu 1. im Hinblick auf Vorstehendes und auch nicht daran denken müssen, dass sich durch die neurologische Symptomatik möglicherweise die Vorboten einer Basilaristhrombose zeigen könnten, wobei dies nicht zuletzt auch deshalb gelte, weil eine Basilaristhrombose nach einer Geburt eine absolute Rarität darstelle.

Eine differentialdiagnostische Abklärung auch mittels einer MRT-Untersuchung sei zwar wegen der letztlich nicht sicher geklärten Ursache für die Hirnstammsymptomatik indiziert gewesen. Es habe aber ausgereicht, diese Untersuchung – wie dies im Hause der Beklagten zu 1. geplant gewesen sei – in der auf den Einweisungstag [Freitag] folgenden Woche durchzuführen. Eine notfallmäßige MRT-Untersuchung sei demgegenüber nicht indiziert gewesen. Dies hätte im Übrigen auch bei Unterstellen eines primären Verdachts auf ein ischämisches Geschehen gegolten. Denn auch in diesem Falle wäre als Notfalluntersuchungsmaßnahme lediglich eine CT-Untersuchung, nicht aber eine MRT-Untersuchung indiziert gewesen, was nicht zuletzt auch deshalb gelte, weil eine Lyse zu diesem Zeitpunkt wegen der seit dem ersten Auftreten der Symptome verstrichenen Zeit nicht in Betracht gekommen wäre. 49

bb) 50

Eine Haftung der Beklagten wegen des Unterlassens einer notfallmäßig durchgeführten MRT-Untersuchung kommt zudem auch deshalb nicht in Betracht, weil nach dem überzeugend begründeten Gutachten des Sachverständigen J nicht hinreichend sicher festgestellt werden kann, dass es bereits vor oder während des umstrittenen Krankenhausaufenthaltes zu einem Infarkt gekommen ist, und weil dementsprechend nicht hinreichend sicher davon ausgegangen werden kann, dass eine MRT-Untersuchung bereits während des umstrittenen Krankenhausaufenthaltes zu einem reaktionspflichtigen Befund geführt hätte: 51

Zur Begründung hat der Sachverständige J ausgeführt, dass er zwar auf den MRT-Aufnahmen kleinere Infarkte ausgemacht habe, die älter gewesen seien als der große Infarkt aufgrund der Basilaristhrombose vom 4. November 2008. Dabei schätze er das Alter auf etwa ein bis fünf Tage ein. Eine genauere zeitliche Einordnung sei indes nicht möglich. Es könne nicht genau bestimmt werden, zu welchem konkreten Zeitpunkt der erste Infarkt eingetreten sei und wann die späteren. Bei den kleinen Infarkten sei zudem eine sogenannte Schrankenstörung nicht feststellbar. Wenn eine solche Schrankenstörung hätte festgestellt werden können, hätte man die Gewissheit gehabt, dass es sich um ein Geschehen handelt, das älter als fünf Tage sei. Bei kleinen Infarkten der hier in Rede stehenden Art sei eine Schrankenstörung allerdings nicht obligatorisch. Im Hinblick darauf könne anhand der Bilder nicht hinreichend sicher bestimmt werden, ob sich ein erster kleiner Infarkt schon am 29. Oktober 2008 ereignet habe oder an welchem der folgenden Tage dies der Fall gewesen sei. Sicher sei lediglich, dass es sich um ein mehrzeitiges Geschehen gehandelt haben müsse. 52

cc) 53

Die vorstehend zu aa) und bb) wiedergegebenen Ausführungen der Sachverständigen Dr. W und J überzeugen den Senat. Und sie werden von der Klägerin auch nicht mit Substanz angegriffen. Soweit die Klägerin in ihrem Schriftsatz vom 23. Juni 2014 in diesem Zusammenhang darauf verweist, dass der erstinstanzlich beauftragte Gerichtssachverständige Prof. Dr. N4 das Unterlassen der notfallmäßigen Diagnostik als groben Fehler bewertet habe, und dass der Klägerin im Falle eines groben Fehlers insoweit Beweiserleichterungen zugutekämen, trifft dies zwar zu, führt dies indes gleichwohl nicht zu einer abweichenden, für die Klägerin günstigeren Beurteilung:

Denn die von Prof. Dr. N4 aus seiner medizinisch-sachverständigen Sicht getroffene Bewertung des Unterlassens der notfallmäßigen MRT-Diagnostik als grob fehlerhaft vermag nicht zu überzeugen. Das Unterlassen der notfallmäßigen Durchführung einer MRT-Untersuchung könnte vielmehr selbst dann nicht als im Rechtssinne grober Fehler bewertet werden, wenn dieses Unterlassen entgegen den Feststellungen der Gerichtssachverständigen Dr. W und J als fehlerhaft anzusehen wäre. Denn es fehlt bereits an gesicherten grundlegenden Erkenntnissen der Medizin, gegen die die Behandler im Hause der Beklagten zu 1. verstoßen haben könnten, weil es nach den Feststellungen der Sachverständigen Dr. W und J keine gesicherten Empfehlungen zu der Frage gibt, unter welchen Umständen in Situationen der hier in Rede stehenden Art eine MRT-Untersuchung notfallmäßig durchzuführen ist. Und es kann auch ersichtlich nicht von einem Fehler ausgegangen werden, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich ist, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Denn aus den oben zu aa) wiedergegebenen Ausführungen der Sachverständigen Dr. W und J hat es im Falle der Klägerin objektive medizinische Gründe dafür gegeben, eine MRT-Untersuchung nicht notfallmäßig durchzuführen. 55

c) 56

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme können auch hinsichtlich weiterer von den Behandlern im Hause der Beklagten zu 1. nicht durchgeführter Untersuchungsmaßnahmen haftungsbegründender Befunderhebungsfehler nicht festgestellt werden. 57

aa) 58

Dies gilt etwa für eine D-Dimer-Bestimmung, die hätte durchgeführt werden können. Denn dabei handelt es sich nach den überzeugend begründeten und von der Klägerin nicht angegriffenen Feststellungen des Sachverständigen Dr. W um einen Laborparameter, der Hinweise auf eine vorliegende Venenthrombose geben kann, wobei eine entsprechende Untersuchung bei der Klägerin aus ex-post-Sicht sehr wahrscheinlich einen Normalwert ergeben hätte, weil die Klägerin eine Venenthrombose nicht erlitten hat. 59

bb) 60

Auch in Bezug auf die Sehstörungen der Klägerin können haftungsbegründende Befunderhebungsfehler nicht festgestellt werden. In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige Dr. W zur Überzeugung des Senates und von der Klägerin nicht angegriffen insbesondere ausgeführt, dass ein EEG trotz der Sehstörungen unter keinen Umständen durchzuführen gewesen wäre, weil dies keinen Sinn ergeben hätte. Sinnvoll wäre im Rahmen eines MS-Verdachts und bei Vorliegen von Sehstörungen ein VEP, was visuell evoziertes Potential bedeute. Dies sei veranlasst gewesen, allerdings nicht als Notfalldiagnostik. Bei der Klägerin hätte dies nach der am Freitag erfolgten Einlieferung an dem darauf folgenden Montag angestanden. Allerdings hätte ein VEP keinen Rückschluss auf die Ursache der 61

Beschwerden zugelassen. Bei einem VEP werde die Verzögerung der Impulse beim Sehnerv gemessen, was mit der Hirnstammsymptomatik nichts zu tun habe. Hätte man aber festgestellt, dass die Sehstörungen nicht vom Sehnerv herkommen, hätte dies Veranlassung geboten, die Annahme einer Multiplen Sklerose zu überdenken. Hierfür wäre allerdings weniger das VEP richtungweisend gewesen als vielmehr die ohnehin geplante MRT-Untersuchung. Insgesamt hätten die bei der Klägerin vorhanden gewesenen Sehstörungen keinen eindeutigen Rückschluss auf ein MS-Geschehen einerseits oder ein vaskuläres Geschehen andererseits zugelassen.

3. Prozessuale Nebenentscheidungen: 62

Die Schriftsätze der Klägerin vom 23. Juni 2014 [Bl. 526/527 (= 524/525) d. A.] und der Beklagten vom 23. Juni 2014 [Bl. 528 (= 523) d. A.] bieten keine Veranlassung zur Wiedereröffnung der mündlichen Verhandlung. 63

Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 Abs. 1, § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf § 708 Nr. 10, § 711 ZPO. 64

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO hierfür nicht vorliegen. Es geht im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen um Tatsachenfragen und im Übrigen um die Anwendung geltenden Rechts sowie der hierzu in Rechtsprechung und Literatur entwickelten und allgemein anerkannten Grundsätze und damit um eine Einzelfallentscheidung. 65

Berufungsstreitwert: 356.032,25 Euro; 66

von diesem Betrag entfallen auf die Berufung der Klägerin 327.078,76 Euro 67

[30.000,00 Euro Antrag zu 1.: vom LG nicht zuerkanntes Schmerzensgeld 68

+ 75.599,11 Euro Antrag zu 2.: vom LG nicht zuerkannter materieller Schadensersatz; 69

von der Klägerin begehrt: 84.552,60 Euro 70

vom LG zuerkannt: 71

93 Tage x 6,41 Std. x 8 € = 4.769,04 € (statt d. v. LG insoweit 72

zuerkannten

Betrages von 4.772,23 €; Rechenfehler auf S. 9 d. LGU) 73

zuzüglich

408 Tage x 6,41 Std. x 8 € 20.922,24 €; hiervon 20 % = 4.184,45 €; 74

4.769,04 € + 4.184,45 € = 8.953,49 €; 75

84.552,60 Euro – 8.953,49 Euro = 75.599,11 Euro 76

+ 221.479,65 Euro Antrag zu 3.: vom LG nicht zuerkannte monatliche Rente; 77

63 Monate (3 Monate rückständige Rente, 9'10 – 11'10; zuzügl. 12 x 78

5

Monate lfd. Rente; 63 Mo. x 3.515,55 € = 221.479,65 €) 79

327.078,76 Euro]	80
und auf die Berufung der Beklagten 28.953,49 Euro	81
[15.000,00 Euro <u>Antrag zu 1.:</u> vom LG zuerkanntes Schmerzensgeld	82
+ 8.953,49 Euro <u>Antrag zu 2.:</u> vom LG zuerkannter materieller Schadensersatz; s. o.	83
+ <u>5.000,00 Euro Antrag zu 4.:</u> vom LG zuerkannte Feststellung	84
28.953,49 Euro].	85
