# Oberlandesgericht Dresden - Hinweisbeschluss vom 26.02.2025 - 4 U 1225/24

## Archivdruck des veröffentlichten amtlichen Entscheidungstextes

Dieser Archivdruck wurde am 31.10.2026 aus dem gespeicherten amtlichen Text erstellt. Er ist als redaktionell erstellte PDF-Fassung gekennzeichnet. Maßgeblich bleibt die angegebene amtliche Fundstelle.

Amtliche Fundstelle: https://www.justiz.sachsen.de/esamosplus/pages/suchen.aspx

Leitsatz:

Die unterlassene Überweisung an ein spezialisiertes Krankenhaus oder die unterbliebene Verlegung in eine auf das Krankheitsbild spezialisierte Station kann nur dann ein Übernahmeverschulden begründen, wenn der behandelnde Arzt ansonsten aufgrund seiner Fähigkeiten oder der ihm zur Verfügung stehenden Ausstattung mit der Behandlung überfordert wäre. Allein aus dem Umstand, dass trotz Hinweisen auf einen Schlaganfall keine Verlegung auf eine stroke unit erfolgte, reicht hierfür jedoch nicht aus, wenn die nach dem medizinischen Standard geforderten Untersuchungen auch auf einer Normalstation erbracht werden können.

OLG Dresden, 4. Zivilsenat, Beschluss vom 26. Februar 2025, Az.: 4 U 1225/24

Oberlandesgericht
Dresden

Zivilsenat
Aktenzeichen: 4 U 1225/24
Landgericht Dresden, 6 O 2220/22

BESCHLUSS

In dem Rechtsstreit

R..... H....., c/o Senioren-Residenz ....., .....
vertreten durch den Vertreter I..... H....., .....
- Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte C..... Rechtsanwälte, .....

gegen

Universitätsklinik ..... an der ....., Anstalt des öffentlichen Rechts .....
vertreten durch die Vorstände .....
- Beklagte und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte U....., F....., .....

wegen Arzthaftungssachen

hat der 4. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Dresden durch

Richterin am Oberlandesgericht P.....,
Richterin am Oberlandesgericht R..... und
Richterin am Oberlandesgericht Z.....

ohne mündliche Verhandlung am 26.02.2025

beschlossen:

1.
Der Senat beabsichtigt, die Berufung der Klägerin ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zurückzuweisen.

2.
Die Klägerin hat Gelegenheit, innerhalb von zwei Wochen Stellung zu nehmen. Sie sollte allerdings auch die Rücknahme der Berufung in Erwägung ziehen.

3.
Der Senat beabsichtigt, den Streitwert auf 300.000 EUR festzusetzen.

4.
Der Termin zur mündlichen Verhandlung vom 11.03.2025 wird aufgehoben.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt Schadensersatz und Schmerzensgeld wegen behaupteter fehlerhafter ärztlicher Behandlung.

Die am 10.01.1941 geborene Klägerin wurde am 19.12.2018 durch den Notarzt in die Notaufnahme der Beklagten unter anderem wegen seit 14.12.2018 aufgetretenem Schwindel verbunden mit Übelkeit eingeliefert. Bei anamnestischer Armschwäche sowie Fallneigung erfolgte am 20.12.2018 ein Kopf-/Hals-CT. Es wurde keine Blutung und kein Gefäßverschluss, jedoch eine hochgradige Stenose der Arteria vertebralis beidseits festgestellt. Im neurologischen Konsil wurde eine transitorisch ischämische Attacke (TIA) als Diagnose festgehalten. Es wurde eine Therapie mit ASS und Simvastatin begonnen. Die Klägerin wurde am 21.12.2018 in die psychiatrische Klinik (Verdacht auf depressive hypoaktive delirante Symptomatik) verlegt. In den Folgetagen kam es zu einer Zunahme der schon latent vorhandenen Symptome mit Übelkeit, Schwindel und Gangunsicherheit. Am 26.12.2018 wurde eine Temperaturerhöhung über 38 Grad Celsius festgestellt. Die Laboruntersuchung zeigte erhöhte Entzündungswerte. Am 28.12.2018 war der Faustschluss links schwächer und eine Fallneigung beim Sitzen festzustellen. Es wurde ein Kopf-/Hals-MRT durchgeführt, aus dem sich multiple subakute Infarkte im Bereich der Arterie vertebralis und im Mediastromgebiet ergaben. Die Klägerin wurde auf die Stroke Unit verlegt. Es wurde mit einer dualen Thrombozytenfunktionshemmung mit Aspirin und Clopidogrel begonnen. Der Zustand der Klägerin verschlechterte sich, so dass am 09.01.2019 ein CT und am 11.01.2018 ein cMRT des Kopfes durchgeführt wurde, in dem sich neu aufgetretene sowie ältere Infarkte zeigten. Es wurde eine TEE angeordnet. Eine digitale Subtraktionsangiographie (DSA) wurde wegen des schlechten Zustandes der Klägerin nicht als indiziert angesehen. Über eine Stentversorgung wurde gesprochen und sie wurde nicht durchgeführt. Am 30.01.2019 wurde die Klägerin zur neurologischen Rehabilitation entlassen.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass sie bereits am 21.12.2018 in die Stroke Unit zur weiteren Diagnostik und Therapie hätte aufgenommen werden müssen. Bei einem Verdacht auf eine TIA hätte umgehend eine umfassende Diagnostik mittels cMRT erfolgen müssen. Am 09.01.2010 habe die Indikation zu einer Stentversorgung vorgelegen und hätte durchgeführt werden müssen. Die Vornahme einer DSA hätte jedenfalls mit ihr besprochen werden müssen. Des Weiteren hätte bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt die Indikation zu einer dualen Plättchenhemmung vorgelegen. Das fehlerhafte Vorgehen der

Behandler der Beklagten habe zu schwersten körperlichen Beeinträchtigungen der Klägerin (Halbseitenlähmung links, Beeinträchtigung des Sprechvermögens sowie Tonuserhöhung der Muskulatur) geführt.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass die Behandlung leitliniengerecht erfolgt sei.

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. C..... und hat die Klage mit Urteil vom 26.07.2024 abgewiesen. Es hat auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen angenommen, dass die Aufnahme der Klägerin am 20.12.2018 in die Stroke Unit indiziert und das Unterlassen der Verlegung grob fehlerhaft gewesen sei. Gleichwohl habe die fehlerhafte Behandlung der

Klägerin keinen Einfluss auf ihren Krankheitsverlauf genommen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin. Sie ist der Auffassung, dass die am 20.12.2018 festgestellten hochgradigen Stenosen in der weiteren Behandlung nicht berücksichtigt worden seien. Die Angaben des Sachverständigen seien insoweit widersprüchlich, als er die Nichtverlegung der Klägerin auf die Stroke Unit als grob behandlungsfehlerhaft bezeichnet, aber angenommen habe, dass dies mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu keiner Schädigung der Klägerin geführt habe. Insoweit hätte die Frage geklärt werden müssen, welche möglichen Konsequenzen die Verlegung auf die Stroke Unit am 20.12.2018 für die Klägerin hätte haben können. Es hätte überprüft werden müssen, welche konkreten Maßnahmen bei der Klägerin eingeleitet worden wären. Unter Berücksichtigung der Stenosen wären wahrscheinlich die Symptome wie Gangunsicherheit und Benommenheit der umschriebenen Hirnstammfunktionsstörung zugeordnet worden. Es sei daher nicht ausgeschlossen, dass bei Übernahme der Klägerin schon am 20.12.2018 diejenigen Maßnahmen eingeleitet worden wären, die erst ab dem 28.12.2012 eingeleitet worden waren. Der Sachverständige hätte die Frage beantworten müssen, ob bei unterstellter Aufnahme der Klägerin am 20.12.2018 auf der Stroke Unit möglicherweise weitergehende Maßnahmen ergriffen worden wären, insbesondere, ob die Kombinationstherapie zur Vermeidung weiterer Infarkte bereits früher eingeleitet worden wäre. Insoweit bedürfe es der weiteren Aufklärung und ergänzenden Begutachtung. Dieselben Erwägungen gelten für die Frage, ob die Klägerin von einer neuroradiologischen oder gefäßchirurgischen Therapie zu einem früheren Zeitpunkt profitiert hätte. Ein besseres Outcome der Klägerin könne nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Die Klägerin beantragt:
unter Abänderung des am 26.07.2024 verkündeten Urteils des Landgerichts Dresden – 6 O 2220/22 -
1.

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin ein angemessenes, der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld, nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.12.2021 zu bezahlen;

2.
festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin allen künftigen immateriellen Schaden sowie allen materiellen Schaden zu ersetzen, der dieser aufgrund der fehlerhaft durchgeführten ärztlichen Behandlung im Zeitraum vom 19.12.2018 bis 31.01.2019 entstanden ist und noch entstehen wird, soweit die Ansprüche
nicht
auf
Sozialversicherungsträger
und
sonstige
Dritte
übergegangen sind oder übergehen werden.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das landgerichtliche Urteil.

II.

Der Senat beabsichtigt, die zulässige Berufung nach § 522 Abs. 2 ZPO ohne mündliche Verhandlung durch - einstimmig gefassten - Beschluss zurückzuweisen. Die zulässige

Berufung der Klägerin bietet in der Sache offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg. Die Rechtssache hat auch weder grundsätzliche Bedeutung noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Berufungsgerichts durch Urteil. Auch andere Gründe gebieten eine mündliche Verhandlung nicht.

Der Klägerin steht gegen die Beklagte kein Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld zu gemäß §§ 630 a ff., 280, 823, 253 BGB.

Das Landgericht hat auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C..... angenommen, dass die unterlassene Verlegung auf die Stroke Unit grob behandlungsfehlerhaft gewesen sei, jedoch keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf gehabt habe.

1.
Der Senat hat schon Zweifel daran, ob auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen die Nichtverlegung der Klägerin auf die Stroke Unit einen groben Behandlungsfehler darstellt.

Ein Behandlungsfehler ist als grob zu bewerten, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (vgl. BGH, Urteil vom 24.05.2022 - VI ZR 206/21, Rdnr. 11 - juris). Bei der Einstufung eines ärztlichen Fehlverhaltens als grob handelt es sich um eine juristische Wertung, die dem Tatrichter und nicht dem Sachverständigen obliegt. Dabei muss diese wertende Entscheidung des Tatrichters jedoch in vollem Umfang durch die vom ärztlichen Sachverständigen mitgeteilten Fakten getragen werden und sich auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens durch den Sachverständigen stützen können (vgl. BGH, a.a.O.).

Nach den Ausführungen des Sachverständigen sei es gerechtfertigt gewesen, am 20.12.2018 aufgrund der passageren Armschwäche die Verdachtsdiagnose einer TIA zu stellen. Die neurologische Behandlungsempfehlung sei hinsichtlich konkreter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sachgerecht gewesen. Die Gabe von ASS 100 mg, einem Thrombozytenfunktionshemmer, durch welchen das Wiederholungsrisiko ischämischer Ereignisse gesenkt werden könne, sei zeitgerecht am 20.12.2018 umgesetzt worden. Gleichwohl hätte der Nachweis hochgradiger, intrakranieller Stenosen der herzfernen Abschnitte beider Vertebralarterien zu der Einschätzung führen müssen, dass nach der diagnostizierten TIA das Risiko weiterer Durchblutungsstörungen oder Hirninfarkte erhöht gewesen sei. Dies hätte zu einer stationären Aufnahme auf einer Stroke Unit geführt. Diesen Fehler bezeichnete der Sachverständige als „groben Behandlungsfehler“. Er bestätigte dies im Rahmen der Anhörung vor dem Landgericht und erklärte, dass es sich deshalb um einen groben Fehler handele, weil eine Hochrisikopatientin nicht leitliniengerecht behandelt worden sei. Nach der damals im Jahr 2018 geltenden Leitlinie sei eine TIA, wie ein Schlaganfall zu behandeln, was bedeute, dass besondere Hochrisikopatienten in eine Stroke Unit verbracht werden müssen. Die nicht leitliniengerechte Behandlung kann einen Behandlungsfehler darstellen. Leitlinien können zwar im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten (vgl. BGH, Urteil vom 156.04.2014 - VI ZR 382/12 - juris). Jedoch kann von einem Verstoß gegen die Leitlinie nicht auf einen groben

Fehler geschlossen werden. Zur Begründung des groben Behandlungsfehlers erklärte der Sachverständige, dass auf der Stroke Unit eine kontinuierliche Überwachung gewährleistet sei und insbesondere Verschlechterungen hätten schnell erkannt werden können. Der Sachverständige hat aber nicht ausgeführt, welche Überwachungsmaßnahmen auf der Stroke Unit durchgeführt worden wären, die auf der Allgemeinstation unterlassen worden sind.

Ein Behandlungsfehler ist unter dem Gesichtspunkt des Übernahmeverschuldens denkbar, wenn der Arzt vor Durchführung der Behandlung oder des Eingriffs hätte erkennen müssen, dass die Behandlung die Grenzen seines Fachbereichs, seiner persönlichen Fähigkeiten oder der ihm zur Verfügung stehenden technisch-apparativen Ausstattung überschreitet und/oder er durch die vorgesehene Behandlung möglicherweise überfordert ist. Der behandelnde Arzt ist zudem zur Überweisung an ein spezialisiertes Krankenhaus verpflichtet, wenn ein Eingriff nur dort ohne bzw. mit erheblich vermindertem Komplikationsrisiko vorgenommen werden kann (vgl. OLG Karlsruhe, Urteil vom 13.05.2016 - 13 U 103/13, Rn 94 - juris). Das Unterlassen einer Überweisung in ein nach seiner personellen und apparativen Ausstattung den Standard nicht gewährleistendes Krankenhaus ist ein Behandlungsfehler, wenn ein sorgfältiger und gewissenhafter Arzt die Behandlung der Klägerin angesichts nicht ausreichender Therapiemöglichkeiten im Krankenhaus hätte ablehnen müssen (vgl. OLG Karlsruhe a.a.O.; vgl. BGH, Urteil vom 30.05.1989 - VI ZR 200/88, Rn 9 - juris; vgl. Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 5. Aufl., Rn B 108). Vorliegend sind hierfür aber keine Anhaltspunkte ersichtlich und vom Sachverständigen auch nicht benannt worden. Vielmehr hat der Sachverständige ausgeführt, dass man - außer der Verlegung auf die Stroke Unit - alles andere überobligationsmäßig ausgeführt habe.

2.
Selbst wenn man zu Gunsten der Klägerin einen groben Behandlungsfehler unterstellen sollte, ist der Beklagten der Kausalitätsgegenbeweis gelungen.

Auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen hat das Landgericht zu Recht angenommen, dass der Beklagten der Beweis dafür, dass die unterlassene Verlegung nicht kausal für den Gesundheitsschaden der Klägerin geworden ist, gelungen ist. Der Sachverständige gab hierzu in der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht an, er könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sagen, dass die Nichtverlegung auf die Stroke Unit zu keiner Schädigung der Klägerin geführt habe. Die Schädigungssituation beruhe auf der Grunderkrankung, die ordnungsgemäß seinerzeit in der Klinik behandelt

worden sei.

Nach der Einschätzung des Sachverständigen wäre eine unmittelbare Durchführung einer cMRT am 20.12.2018 nicht angezeigt gewesen. Eine entsprechende Untersuchung vor dem 28.12.2018 hätte möglicherweise bereits Hinweise auf einen cerebralen Infarkt geliefert, es hätten sich jedoch keine Änderungen an den weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ergeben. Nach den damals gültigen Leitlinien habe es keine Empfehlung für eine frühere ergänzenden CT-/MRT-Untersuchung gegeben. Eine frühere weitergehende Befunderhebung hätte nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zur Erhebung eines reaktionspflichtigen Befundes geführt. Die frühere Durchführung des cMRT hätte auch keine weiteren Therapieoptionen eröffnet. Die Verschlechterung des klinisch-neurologischen Befundes bei der Klägerin sei am 28.12.2018 zeitgerecht festgestellt und es seien umgehend die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ergriffen worden. Eine andere Behandlung wäre auch auf der Stroke Unit nicht möglich gewesen. Die Änderung

und Verstärkung der medikamentösen Therapie am 28.12.2018 von Simvastatin und ASS auf Artovastatin und eine doppelte Thrombozytenaggregationshemmung habe die Entstehung weiterer Hirninfarkte am 09.01.2019 nicht verhindern können. Die Halbseitenlähmung links, die Beeinträchtigung des Sprechvermögens und die Tonuserhöhung der Muskulatur hätten nicht verhindert werden können. Sie seien mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die zwischen dem 20.12.2018 und 09.01.2019 mehrfachen schicksalhaft eingetretenen Hirninfarkte zurückzuführen.

Gegen die Annahme, ein anderer Blick auf die diagnostizierte A.vertebralis Stenose hätte zu einer früheren Schlaganfallbehandlung geführt, spricht der Bericht des mitbefundenden Neurologen Dr. L..... vom 20.12.2018, dem zu entnehmen ist, dass die hochgradige Stenose gerade nicht mit einem Schlaganfall in Verbindung gebracht worden war, sondern „annehmbar chronisch“ eingestuft wurde, zumal auch von ihm keine Gefäßverschlüsse und keine Infarktdemarkierungen gesehen wurden. Auf der Stroke Unit hätte man daher auch nicht früher auf einen Schlaganfall behandelt.

Eine Lysetherapie sei nach der Einschätzung des Sachverständigen nicht in Betracht gekommen. Hierbei müsse man eine Abwägung treffen zwischen Eröffnung eines Verschlusses und der Einblutung ins Gewebe. Maßgeblich sei insoweit der Zeitpunkt des Ereignisses. Nur wenn dieser bestimmt werden könne, lasse sich darüber nachdenken. Nach einem wiederholten Ereignis sei eine Lysetherapie, selbst bei einer zeitlichen Bestimmbarkeit des zweiten Ereignisses nicht durchzuführen, weil insoweit das Risiko weiterer Einblutungen bei einem zweiten Ereignis erheblich höher sei. Bei der Klägerin sei der erste Zeitpunkt der stattgehabten TIA nicht zeitgemäß genauer eingrenzbar. Wenn es zum zweiten Ereignis komme, was sich im Nachhinein nicht genau feststellen lasse, wäre jedenfalls dann dieses zweite Ereignis als Sperrwirkung zur Verwendung der Lysetherapie anzusehen. Der

Sachverständige erklärte, dass eine Indikation zur Lysetherapie auch bei einer früheren Feststellung nicht sicher gewesen wäre, weil bei der vorzunehmenden Abwägung hinsichtlich des akuten Beginns und der Schwere des Symptoms hier eine Lysetherapie nicht in Frage gekommen wäre.

Die Gabe von ASS zu Beginn sei fehlerfrei gewesen, denn damals habe man noch nicht ein zweites Medikament zusätzlich verwenden müssen. Dies sei erst nach Feststellen des zweiten Ereignisses am 28.12.2018 der Fall gewesen. Eine Notwendigkeit, ein zweites Medikament schon vorher bei dem erstmaligen Ereignis zu verordnen, habe nicht bestanden. Hätte man möglicherweise am 27.12.2018 schon einen Verdacht eines zweiten Ereignisses gehabt, hätte man dieses zweite Medikament zusätzlich zu ASS schon am 27.12.2018 geben müssen. Allerdings sei einziger Ansatzpunkt als vokales Zeichen der verminderte Faustschluss links zu sehen. Er könne aber nicht sicher sagen, ob dieser am 27.12.2018 schon vorgelegen habe. Weitere vokale Zeichen, wie z. B. einseitige Schwäche, Sehstörungen oder Sprechstörungen hätten nicht vorgelegen. Aus seiner Sicht hätte sich am Behandlungsverlauf nichts geändert. 2018 sei es noch nicht Stand des Wissens gewesen, dass bei einem Erstereignis, das auf eine Gefäßverengung im Kopf zurückzuführen ist, ein zweiter Thrombozytenhemmer gleich initial verabreicht werde. Dies sei erst 2020/2021 der Fall gewesen.

Der Sachverständige hat mit aller Deutlichkeit ausgeführt, dass auch auf der Stroke Unit keine andere Behandlung veranlasst gewesen wäre und der Zustand der Klägerin schicksalhaft auf ihrer Grunderkrankung beruht. Er erklärte in der mündlichen Verhandlung, dass man - abgesehen von der Verlegung auf die Stroke Unit - alles andere

überobligationsmäßig gemacht habe.

Die hiergegen gerichteten Angriffe der Klägerin in der Berufung verfangen nicht. Der Senat ist an die Feststellungen des Landgerichtes gem. § 529 ZPO gebunden, soweit nicht konkrete Anhaltspunkte Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit der entscheidungserheblichen Feststellungen begründen und deshalb eine erneute Feststellung gebieten. Dies ist nicht der Fall. Die bloße Behauptung eines Behandlungsfehlers entgegen den erstinstanzlichen Feststellungen auf der Grundlage eines nachvollziehbaren und gut begründeten Sachverständigengutachtens genügt nicht (vgl. Senat, Beschluss vom 11.12.2020 - 4 U 1885/20 - juris; vgl. Senat, Beschluss vom 07.08.2020 - 4 U 1285/20 - juris). Zwar ist eine Partei grundsätzlich nicht verpflichtet, bereits in erster Instanz ihre Einwendungen gegen ein Gerichtsgutachten auf die Beifügung eines Privatgutachtens oder auf Sachverständigenrat zu stützen oder selbst oder durch Dritte in medizinischen Bibliotheken Recherchen anzustellen, um Einwendungen gegen ein medizinisches Sachverständigengutachten zu formulieren (vgl. Senat, Beschluss vom 11.12.2020 - 4 U 1885/20 - juris). Anders ist es hingegen in der Berufungsinstanz. Würde man auch hier einen Patienten gestatten, ohne nähere Angaben seine eigene Meinung zu medizinischen Kausalzusammenhängen derjenigen eines gerichtlichen Sachverständigen entgegenzustellen, liefe dies auf eine Umgehung der in § 529 ZPO geregelten

grundsätzlichen Bindung an das erstinstanzliche Ergebnis einer Beweisaufnahme hinaus (vgl. Senat, Urt. v. 05.07.2022 - 4 U 657/21 Rn. 18 - juris). Weil der Patient in Arzthaftungssachen regelmäßig über keine medizinische Sachkunde verfügt, kann er ohne konkrete Anhaltspunkte, die in medizinischer Hinsicht Zweifel an der erstinstanzlichen Beweiswürdigung wecken sollen, nur dadurch vortragen, dass ein Privatgutachten vorliegt, zumindest aber selbst auf medizinische Fundstellen oder Leitlinien zurückgreift, die für seine Behauptung streiten (vgl. Senat a.a.O.). Entspricht der Vortrag diesen Anforderungen nicht und fehlt es auch im Übrigen an Anhaltspunkten dafür, dass das Gutachten in sich widersprüchlich oder der Sachverständige erkennbar nicht sachkundig ist, kommt eine Wiederholung der Beweisaufnahme nicht in Betracht (vgl. Senat, Urt. v. 05.07.2022 - 4 U 657/21, Rn. 8 - juris).

3.
Der Senat rät zur Berufungsrücknahme, die zwei Gerichtsgebühren erspart.

P.....
R.....
Z.....