| | |
|---|---|
| **Gericht:** | Oberlandesgericht des Landes Sachsen-Anhalt 1. Zivilsenat |
| **Entscheidungsdatum:** | 20.03.2017 |
| **Aktenzeichen:** | 1 U 26/16 |
| **ECLI:** | ECLI:DE:OLGNAUM:2017:0320.1U26.16.00 |
| **Dokumenttyp:** | Urteil |
| **Quelle:** | |
| **Normen:** | § 280 Abs 1 BGB, § 611 BGB, § 823 Abs 1 BGB |

---

**Arzt- und Krankenhaushaftung: Umfang der Befunderhebungspflichten bei einem Patienten mit einem geringen Risiko der Entwicklung einer koronaren Problematik**

**Leitsatz**

Es stellt für einen Patienten, bei dem nach den Bewertungskriterien der DEGAM-Leitlinie Nr. 15 (Brustschmerz) in Verbindung mit dem sog. Marburger-Herz-Score ein geringes Risiko der Entwicklung einer koronaren Problematik besteht, keinen Befunderhebungsfehler dar, wenn über erhobene Troponin I-Werte und ein Belastungs-EKG hinaus (beides negativ im Sinne einer etwaigen koronaren Beschwerdeursache) keine weiteren Befunde (Echokardiogramm, Myokardszintigraphie) erhoben werden.(Rn.112)

Verfahrensgang

vorgehend LG Halle (Saale), 20. Januar 2016, 6 O 1605/10

**Tenor**

Die Berufung des Klägers gegen das am 20.1.2016 verkündete Urteil des Landgerichts Halle (6 O 1605/10) wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das angefochtene Urteil und dieses Berufungsurteil sind ohne Sicherheitsleistung vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120% des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Beschluss:

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf die Gebührenstufe bis 30.000, -- Euro festgesetzt.

**Gründe**

I.

1 Der Kläger (zum damaligen Zeitpunkt 44 Jahre alt) wurde am **21.11.2005** vom Notarzt bei teilweise atemabhängigen retrosternalen Schmerzen bei der Beklagten (zuvor " Krankenhaus R. "; i.F. Beklagte) stationär aufgenommen (bis 23.11.2005). Während des stationären Aufenthalts vom 21.11. bis 23.11.2005 wurde

2 - labortechnisch/-chemisch ein akutes Myokardinfarktgeschehen ausgeschlossen;

3 - ein ergometrischer Belastungstest ergab keine Hinweise auf eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels unter Belastungsbedingungen.

4 Anlässlich eines zweiten stationären Aufenthalts bei der Beklagten im Dezember 2005 (nach erneuter Einweisung durch den Notarzt am **14.12.2005**) wurde

5 - labortechnisch/-chemisch erneut ein akuter Herzinfarkt ausgeschlossen, und der Kläger wurde

6 - nach weiterer gastroenterologischer Befunderhebung

7 mit der Diagnose

8 - "Prinzmetal Angina"

9 - "Intercostalneuropathie"

10 am 16.12.2005 aus der stationären Behandlung entlassen.

11 Am **25.9.2006** verspürte der Kläger gegen 8.30 Uhr eine "Angina-Pectoris-Symptomatik" mit Ausstrahlung in den linken Arm. Es erfolgte durch den Notarzt (bei Verdachtsdiagnose: akutes Koronarsyndrom) eine stationäre Einweisung in die Universitätsklinik ... , wo der Kläger um 12.01 Uhr aufgenommen wurde.

12 Nach Laboruntersuchung mit erhöhtem Toponin-I Wert erfolgte eine Herzkatheteruntersuchung, bei der sich

13 - eine koronare Eingefäßerkrankung

14 - mit hochgradiger proximaler Stenose des LAD

15 darstellen ließ. Bei einer echokardiographischen Untersuchung wurden eine

16 - eingeschränkte linksventikuläre Pumpfunktion mit einer geschätzten Ejektionsfraktion von 43% und eine

17 - diffus-hypokinetische Region im Bereich der anteolateralen Wandabschnitte

18 beschrieben; ein relevanter Anstieg myokardspezifischer Enzyme wurde nicht nachgewiesen. Es erfolgte therapeutisch die umgehende Ausdehnung des Herzkranzgefäßes durch Einlage eines Stents. Nach medikamentöser Behandlung wurde der Kläger in die weitere hausärztliche Behandlung entlassen.

19 Der Kläger ist der Ansicht, dass die koronare Eingefäßerkrankung bereits anlässlich des stationären Aufenthaltes bei der Beklagten vom 14. bis 16.12.2005 hätte erkannt werden müssen, wodurch der später stattgefundene Herzinfarkt hätte vermieden werden können:

20 (1) Bereits am 14.12.2005 habe bei der Beklagten eine Angiographie veranlasst werden müssen.

21 (2) Nach Beendigung des stationären Aufenthalts habe eine Überweisung an einen Internisten/Kardiologen erfolgen müssen; dann wäre eine Durchblutungsstörung des Herzens festgestellt worden,

22 wobei bei Veranlassung von (1) und (2) die Eingefäßerkrankung frühzeitiger erkannt worden wäre, wobei weiter die Verdachtsdiagnose der Beklagten, also

23 - "Prinzmetal Angina"

24 - "Intercostalneuropathie",

25 fehlerhaft gewesen sei. Die Symptome hätten vielmehr bereits im Dezember 2005 auf eine

26 - allgemeine Form einer Angina pectoris oder auf

27 - eine Gefäßerkrankung mit beginnender Stenosierung

28 hingewiesen.

29 Die Unterlassung der im Dezember 2005 gebotenen Befunderhebung stelle einen groben Behandlungsfehler dar. Durch die unterlassene Angiographie sei die koronare Eingefäßerkrankung unerkannt geblieben, wodurch es in der Folge zu dem Myokardinfarkt im September 2006 gekommen sei.

30 Seit September 2006 sei die Leistungsfähigkeit des Klägers (der vor dem Infarkt als Polizeibeamter im Schichtdienst tätig gewesen sei) stark eingeschränkt, wodurch ihm ein Schaden entstanden sei, den er wie folgt beziffert:

31

| | |
|---|---|
| (1) Verdienstausfallschaden (bis Juni 2007): | 1.891,81 Euro |
| (2) Verlust von Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlägen (bis Ende 2009) | 3.800, -- Euro |
| (4) Zuzahlungen (Medikamente/Krankenhaus/Kur Verwandtenbesuche) | 934,20 Euro |

| | |
|---|---|
| (5) Schmerzensgeld (mindestens) | 20.000, -- Euro |
| (6) außergerichtliche Rechtsanwaltskosten | 1.407,53 Euro |

32 Der Kläger stellt weiter einen Feststellungsantrag zu möglichen künftigen Schäden.

33 Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten:

34 Die Behandlung des Klägers sowohl im November als auch im Dezember 2005 habe dem ärztlichen Standard entsprochen.

35 (1) Am 25.11.2005 hätten sich

36 - nach EKG-Untersuchung und

37 - laborchemischer Kontrolle

38 keine Anhaltspunkte für ein Infarktgeschehen ergeben.

39 (2) Am 14.12.2005

40 - sei bei der Aufnahme dokumentiert, dass beim Beklagten keine Übelkeit, kein Schwindel, keine Atemnot und kein Sodbrennen bestanden habe;

41 - nach weiteren Untersuchungen sei die Arbeitsdiagnose Prinzmetal-Angina bei Einstellung des Beklagten auf einen Kalziumantagonisten gerechtfertigt gewesen, wobei

42 - differenzialdiagnostisch auch eine Intercostalneuropathie in Erwägung gezogen worden sei (und auch hätte werden dürfen).

43 (3) Demgegenüber sei unter Abwägung der damit verbundenen erheblichen Risiken für den Patienten eine Koronarangiographie nach Leitlinie nicht veranlasst gewesen, zumal ein Ischämienachweis nicht habe geführt werden können, sodass die

44 (4) durchgeführte Belastungsergometrie dem ärztlichen Standard entsprochen habe.

45 (5) Es hätten sich im Dezember 2005 keinerlei Hinweise dafür ergeben, dass beim Kläger eine Eingefäßerkrankung mit hochgradiger Stenosierung (die sich zudem bei der Belastungsergometrie hätte zeigen müssen) vorgelegen habe, die mittels einer Koronarangiographie hätte erkannt werden können.

46 Wegen der weiteren Einzelheiten des erstinstanzlichen Vorbringens der Parteien und der in erster Instanz gestellten Anträge wird Bezug genommen auf die tatsächlichen Feststellungen im angefochtenen Urteil.

47 Das Landgericht hat auf der Grundlage des Beweisbeschlusses vom 9.2.2012 (Bl. 10ff. II) Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens, das der Sachverständige Dr. M. zunächst schriftlich erstattet (Bl. 62ff. II), mit Datum vom 9.4.2015 schriftlich ergänzt (Bl. 146ff.) und im Termin vom 16.12.2015 mündlich erläutert hat (Bl. 186ff. II).

48 Das Landgericht hat die Klage insgesamt abgewiesen:

49 (1) Es habe im Jahr 2005 dem Standard entsprochen, (ausschließlich) eine nicht invasive Koronardiagnostik durchzuführen,

50 (a) Laboruntersuchung bei Ausschluss einer Erhöhung kardialer Marker;

51 (b) EKG Verlaufskontrolle;

52 (c) keine Hinweise auf eine akute Durchblutungsstörung des Herzmuskels, und zwar

53 (d) auch nicht bei dem durchgeführten Belastungstest;

54 wenn die (vorgenannten) Untersuchungen keinen - wie vorliegend - pathologischen Befund ergeben, so bedürfe es keiner weitergehenden Befunderhebung.

55 (2) Die Behauptung des Klägers, dass eine Angiographie im November/Dezember 2005 eine koronare Eingefäßerkrankung gezeigt hätte, werde vom Ergebnis der Beweisaufnahme nicht bestätigt. Der Sachverständige halte eine solche Schlussfolgerung vielmehr für spekulativ (eine Erkrankung habe auch erst in dem Zeitraum bis September 2006 in einer Weise entstehen oder sich verstärken können, dass sie im Dezember 2005 - noch - nicht erkennbar war),

56 (3) Dies gelte umso mehr, als eine Indikation für eine Angiographie im streitgegenständlichen Zeitraum gerade nicht bestanden habe, vielmehr die Arbeitsdiagnose "Prinzmetal-Angina" vertretbar gewesen sei, während es keine objektivierbaren Anzeichen für eine Gefäßerkrankung mit beginnender Stenosierung gegeben habe.

57 (4) Vor diesem Hintergrund sei - leitliniengerecht - von einer (für den Patienten durchaus risikobehafteten) Koronarangiographie als unverhältnismäßig abgesehen worden.

58 (5) Der Kläger sei am 16.12.2005 auch nicht "ins Ungewisse" entlassen worden. Eine Akutsituation habe zu diesem Zeitpunkt nicht vorgelegen, sodass die Überweisung in die ambulante Weiterbehandlung gerechtfertigt gewesen sei. Es habe demgegenüber keine Veranlassung dafür bestanden, den Kläger anlasslos zur Weiterbehandlung an einen Facharzt zu überweisen.

59 Gegen dieses Urteil wendet sich der Kläger mit der Berufung:

60 Das Landgericht habe verkannt, dass der Sachverständige die vom Kläger im Schriftsatz vom 17.12.2013 (Bl. 84ff. II) formulierten Ergänzungsfragen weder in seinem Ergänzungsgutachten noch anlässlich seiner mündlichen Anhörung beantwortet habe:

(1)

61 (a) So habe sich der Sachverständige nicht dazu geäußert, ob die in den Arztbriefen vom

62 - 28.11.2005 (Bl. 19f. I) nach dem ersten Aufenthalt bei der Beklagten und

63 - 2.1.2006 (Krankenakte Beklagte/Bl. 208f. II) nach dem zweiten Aufenthalt dort

64 enthaltenen therapeutischen Sicherheitshinweise ausreichend für die Nachbehandlung gewesen seien. So erläutere der Sachverständige weiter nicht, ob die in der Folge des Briefes vom 2.1.2006 nachbehandelnde Hausärztin L. überhaupt Anhaltpunkte für eine kontinuierliche Überwachung des Klägers gehabt habe:

65 Diese habe zunächst eine Lungenfusionsszintigraphie angeordnet. Die durchführenden Nuklearmediziner hätten indes am 24.11.2005 die Durchführung einer Myokardszintigraphie zum Ausschluss einer koronaren Herzerkrankung empfohlen - wobei die Beklagte eine solche Empfehlung mit Nichtwissen bestreitet -,

66 sodass sich die Frage stelle, warum die Beklagte bei der zweiten Einweisung des Klägers bei gleichartigen Beschwerden eine derartige Untersuchung nicht veranlasst habe, wobei man die Verantwortung nicht der Hausärztin zuschieben könne, die im Hinblick auf den Inhalt des Arztbriefes vom 2.1.2006 keine Hinweise auf eine weitere Beobachtung des Klägers gehabt habe. Auch sei eine Hausarztpraxis nicht auf die Kontrolle von Troponin-Werten eingestellt.

67 (b) Soweit der Sachverständige in diesem Zusammenhang geäußert habe, dass es üblich sei, dem Patienten zu empfehlen, bei erneuten Problemen einen Arzt aufzusuchen, sei dies im konkreten Fall des Klägers nicht ausreichend gewesen. Wegen der erforderlichen aufwändigen "*Diagnostik*"

68 - Kontrolle Troponin-Werte,

69 - Myokardszintigraphie,

70 - Ultraschalluntersuchung zur Überprüfung der Herzkranzgefäße,

71 habe der Kläger darauf hingewiesen werden müssen, sich (entweder)

72 - wieder in der Klinik der Beklagten,

73 - bei einem spezialisierten Kardiologen oder

74 - einer Universitätsklinik

75 vorzustellen und gerade nicht bei der Hausärztin.

76 (2) Die Feststellung des Sachverständigen, dass es

77 - objektive Anzeichen für eine Durchblutungsstörung nicht gegeben habe,

78 - und es einfach vorkommen könne, dass neun Monate später eine hochgradige Verengung festgestellt werde,

79 sei nicht nachvollziehbar. Es stelle sich vielmehr die Frage, warum der Kläger zweimal entsprechende Beschwerden gezeigt habe, die auf eine hochgradige Verengung hingewiesen hätten, und der Sachverständige gleichwohl zu der Aussage gelange, dass keine Anzeichen für eine Stenose vorgelegen hätten.

80 Der Sachverständige erkläre auch nicht, wie es zu den Beschwerden beim Kläger gekommen sei.

81 Die Ausführungen des Sachverständigen zum "Für und Wider" einer Herzkatheteruntersuchung in der konkreten Situation des Klägers seien zu allgemein.

82 (3) Folgende Fragenkomplexe seien sachverständig bislang nicht beantwortet worden:

83 (a) Die Beklagte habe im streitgegenständlichen Zeitraum über keine kardiologische Abteilung verfügt.

84 (b) Es existiere eine DEGAM-Leitlinie Nr. 15 (Stand 2011) über Brustschmerzen als Ursache für eine koronare Herzerkrankung. Nach dem Marburger Herz-Score habe beim Kläger eine mittlere Wahrscheinlichkeit für eine koronare Herzerkrankung bestanden. Schon deshalb habe die Beklagte (auch bei aktuell nicht erhöhten Troponin-Werten) auf einer Wiedervorstellung bestehen müssen,

85 schon zur Abklärung

86 - "Myokardinfarkt" oder

87 - "medikamentös behandelbare instabile Angina pectoris",

88 wobei

89 gegen Letzteres bereits spreche, dass laut Arztbrief die Gabe von Antikoagulenz-Mitteln (Novalgin/Heparin) keine Besserung gebracht habe.

90 (c) Beim Kläger habe eine Bradykardie vorgelegen, und die Symptome seien zum zweiten Mal aufgetreten.

91 (d) Es sei kein Ruhe-, sondern nur ein Belastungs-EKG durchgeführt worden, das lediglich eine moderate diagnostische Aussagkraft habe,

92 wobei die Leitlinie weitere diagnostische Verfahren empfehle. Die Berufung zählt auf:

93 - Stressechokardiogramm,

94 - Myokardszintigraphie,

95 - Stress-MRT (geringer technischer Aufwand) oder gar

96 - koronare Angiographie,

97 - Mehrschicht-Spiral-CT.

98 Der Sachverständige habe nicht die Frage beantwortet, warum man im vorliegenden Fall von vorgenannter "Diagnostik" abgesehen habe bzw. habe absehen können.

99 (e) Kontinuierliche Troponin-Tests seien erforderlich gewesen, aber nicht bei oder über die Hausärztin, sondern in der Klinik.

100 Wegen der weiteren Einzelheiten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Berufungsbegründung vom 27.4.2016 (Bl. 29ff. III).

101 Wegen der in der Berufungsinstanz gestellten Anträge wird verwiesen auf die Seiten 1 und 2 der Berufungsbegründung vom 27.4.2016 (Bl. 29/30 III).

102 Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

103 Sie verteidigt das angefochtene Urteil und wiederholt und vertieft ihren Vortrag aus erster Instanz. Wegen der Einzelheiten des Berufungsvorbringens der Beklagten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Berufungserwiderung vom 1.6.2016 (Bl. 52ff. III).

II.

104 Die Berufung ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden. Das Rechtsmittel hat keinen Erfolg. Nach dem Gesamtergebnis der Beweisaufnahme steht nicht fest, dass anlässlich der Behandlungen des Klägers bei der Beklagten am 21.11.2005 bzw. am 14.12.2005

105 ein Befunderhebungsfehler begangen wurden (1).

106 Selbst wenn man einen solchen Befunderhebungsfehler unterstellen würde (2),

107 ließen sich keine Aussagen zu einem kausalen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsgeschehen bei der Beklagten im November/Dezember 2005 und der am 25.9.2006 beim Kläger festgestellten koronaren Eingefäßerkrankung mit hochgradiger Stenosierung machen (a), noch

108 könnten Aussagen dazu getroffen werden, dass die vorgenannte Erkrankung dann (weiter zu unterstellen: mit einem günstigeren Verlauf) früher entdeckt worden wäre (b).

109 Letztlich ergibt sich auch kein Behandlungsfehler in Bezug auf die therapeutische Aufklärung nach Abschluss der Behandlung bei der Beklagten (3).

110 (1) Befunderhebungsfehler

111 Vorab ist anzumerken, dass die Beklagten den für den Behandlungszeitraum anzunehmenden Facharztstandard schuldete. Demgegenüber war nicht geschuldet, was über den Facharztstandart hinausgehend theoretisch an Befunderhebungsmaßnahmen noch möglich gewesen wäre:

112 (a) Nach Einweisung jeweils durch den Notarzt wurden von der Beklagten (bei - 21.11.2005 - vom Kläger geklagten atemabhängigen retrosternelan Schmerzen) an Befunderhebungen veranlasst:

113 21.11.2005:

114 - Ausschluss eines akuten Myokardinfarktgeschehens (laborchemisch konnten keine erhöhten Troponin I-Werte festgestellt werden, auch die übrigen Laborparameter waren im Normbereich bei jeweils mehrmaligen Kontrollen [gemäß Arztbrief vom 28.11.2005];

115 - die EKG-Verlaufskontrolle ergab ein unauffälliges Ergebnis;

116 - ein ergometrischer Belastungstest ergab keine Hinweise auf eine Durchblutungsstörung des Herzmuskels (bei Erreichung von 91% der Ziel-HF);

117 - das Echokardiogramm zeigte keine Auffälligkeiten.

14.12.2005

118 - Es erfolgten mehrfache EKG-Untersuchungen und Bestimmungen der Troponin I-Werte, die erneut keinen Hinweis auf einen akuten Myokardinfarkt ergaben.

119 - Bei anhaltenden persistierenden thorakalen Beschwerden zeigte die Gabe von Ibuprofen und Novalgin eine unzureichende Wirkung.

120 - Unter der Arbeitshypothese "Prinzmetal-Angina" wurde der Kläger nach Gabe eines Kalziumantagonisten beschwerdefrei, und

121 - nach Durchführung einer Gastroskopie

122 - aus der stationären Behandlung entlassen.

123 Es folgten die beiden an die Hausärztin gerichteten Schreiben vom 28.11.2005 und 2.1.2006 (beide in den Behandlungsunterlagen der Beklagten).

124 Die vorstehenden Befunderhebungen entsprechen dem Facharztstandart und waren zum Ausschluss eines akuten Myokardgeschehens ausreichend. Die von der Berufung weiter in die Diskussion gebrachten Untersuchungen, insbesondere

125 - Angiographie,

126 - Myokardszintigraphie und

127 - Stressechochardiogramm,

128 wären zum weiteren Ausschluss eines Myokardgeschehens zwar theoretisch denkbar gewesen, waren aber nach dem Facharztstandard in Anbetracht der Ergebnisse, die die tatsächlich erhobenen Befunde erbracht hatten, nicht geschuldet,

129 und zwar auch nicht unter Berücksichtigung des Umstandes, dass vom Kläger bei seiner stationären Aufnahme am 14.12.2005 gleiche oder ähnliche Symptome geklagt wurden wie bereits am 21.11.2005.

130 Der Sachverständige hatte bereits in seinem schriftlichen Gutachten vom 29.8.2013 (dort S. 6) ausgeführt, dass es im Jahre 2005 nicht dem medizinischen Standard entsprochen habe, eine invasive (sprich: Angiographie) Koronardiagnostik durchzuführen, wenn nichtinvasive Voruntersuchungen (vorliegend also u.a. der ergometrische Belastungstest) keine pathologischen Befunde ergeben haben. Der Sachverständige hat im Rahmen seiner Anhörung durch den Senat noch einmal die Aussagekraft

131 - der erhobenen Troponin I-Werte und

132 - des Ergebnisses des Belastungs-EKG

133 hervorgehoben. Hinsichtlich des Belastungs-EKG weist der Sachverständige daraufhin, dass dessen Ergebnissen gerade dann, wenn (wie vorliegend) ein hoher Prozentsatz der Grenzherzfrequenz erreicht wird, ohne dass es zu einer Blutdruckentgleisung kommt, eine hohe Aussagekraft in Richtung eines Ausschlusses eines koronaren Geschehens zukommt ("Kurzum, das Belastungs-EKG war positiv verlaufen bzw. negativ im Sinne der Fragestellung nach einer etwaigen koronaren Ursache"; Protokoll S. 3, letzter Absatz). Nur wenn dies gerade nicht der Fall ist, sich vielmehr inadäquate Blutdruckwerte und Blutdruckentgleisungen zeigen, kann dies Anlass zu weitergehenden differenzialdiagnostischen Untersuchungen (wie z.B. Echokardiogramm oder Myokardszintigraphie) geben (vgl. auch dazu S. 3 des Protokolls vom 20.3.2017, dort drittletzter Absatz).

134 Die Notwendigkeit weitergehender Befunderhebungen folgt auch nicht aus der DEGAM-Leitlinie Nr. 15 (Brustschmerz) i.V.m. dem sog. Marburger Herz-Score, wobei dies auch dann gilt, wenn man außer Acht lässt, dass die Leitlinie aus dem Jahr 2011 stammt und daher bei einer ex-ante-Betrachtung des Behandlungsgeschehens von 2005 grundsätzlich außer Betracht zu bleiben hat. Die Berufung geht davon aus, dass beim Kläger nach dem Marburger Herz-Score eine mittlere Wahrscheinlichkeit für eine koronare Herzerkrankung bestanden habe. Dies hat der Sachverständige nicht bestätigt. Unter Darlegung der Datenbasis und der dort angelegten Bewertungskriterien

- höheres Alter (Männer > 55 Jahre),

- subjektive Vermutung einer Herzerkrankung durch den Patienten,

- Abhängigkeit der Schmerzen bei körperlicher Belastung,

- der Fragestellungen "Sind die Beschwerden durch Palpation reproduzierbar?" und

- "Ist eine vaskuläre Erkrankung bekannt?",

geht der Sachverständige davon aus, dass beim Kläger allenfalls der Punkt der subjektiven Vermutung einer Herzerkrankung angenommen werden könne, was nach dem Score die Bewertung rechtfertige, dass nur ein äußerst geringes Risiko für die Entwicklung einer künftigen koronaren Problematik bestehe. Zudem sei zu berücksichtigen, dass sich die Nachbeobachtung auf einen Zeitraum von sechs Monaten beschränkt habe (heißt: In einem Zeitraum von sechs Monaten wurden die Probanten befragt, ob sich eine koronare Herzerkrankung entwickelt habe), sodass der Score für den vorliegenden Fall, in dem sich die Erkrankung erst mehr als neun Monate nach der Entlassung im Dezember 2005 gezeigt habe, keine Aussagekraft habe. D.h.: Auch der Score belegt die Behauptung des Klägers nicht, dass prophylaktisch weitere Troponin-Werte zu erheben oder weitere Untersuchungen zu veranlassen gewesen wären. In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige insbesondere noch einmal die Risiken einer

Herzkatheteruntersuchung

- Gefäßverletzungen,

- Gefäßeinrisse im Bereich der Manipulationsstellen,

- Infarktgeschehen (mit dem Risiko des Todes),

bzw. einer Myokardszintigraphie

146 - Strahlenbelastung und

147 - Durchblutungsstörungen bei unter Belastung durchgeführten Verfahren

148 hervorgehoben.

149 Unter Berücksichtigung, dass die tatsächlich erhobenen Befunde sämtlich negativ im Sinne einer koronaren Erkrankung waren, beim Kläger unter der Gabe eines Kalziumantagonisten die Beschwerden am 14.12.2005 abgeklungen waren (ob infolge der Medikation oder als sog. "Spontanheilung" kann dahingestellt bleiben), war einerseits die Annahme einer Prinzmetal-Angina gerechtfertigt (auf die sich auch die Medikation "Nifedipin" gemäß dem Arztbrief vom 2.1.2006 bezieht), und es bestand keine Veranlassung,

150 - "vor Ort" weitere Befunderhebungen durchzuführen, noch

151 - nach den Ergebnissen der erhobenen Befunde anlasslos die Erhebung weiterer Troponin-Werte zu veranlassen oder dies in einem Arztbrief der Hausärztin anzuempfehlen,

152 und zwar auch nicht unter Berücksichtigung des Umstandes, dass es sich am 14.12.2005 um einen zweiten stationären Aufenthalt in relativ kurzer zeitlicher Abfolge (bezogen auf den 21.11.2005) handelte. Auch in dieser Situation entsprach es der "Üblichkeit", den Kläger in die ambulante Weiterbehandlung der Hausärztin zu überweisen und die Wiedervorstellung auf den Fall des Wiederauftretens von Beschwerden zu beschränken. Wie vom Sachverständigen in seiner Anhörung vor dem Senat richtig erwähnt (S. 4 des Protokolls vom 20.3.2017), bestanden nach der Dokumentation der Universitätsklinik wie auch der Reha-Klinik in den Monaten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung bei der Beklagten bis zum September 2006 keine auf ein koronares Geschehen hinweisenden Beschwerden des Klägers, die ihm Anlass gegeben hätten, einen Facharzt aufzusuchen.

153 Vor diesem Hintergrund kommt der behaupteten (zudem bestrittenen) Anempfehlung der Nuklearmediziner zur Durchführung einer Myokardszintigraphie schon deshalb keinerlei Bedeutung zu, weil nicht einmal vorgetragen wird, auf der Grundlage welcher anamnetischen Angaben diese Bewertung gefußt haben soll, sodass man sich in Gänze im Bereich der Spekulation bewegt.

154 Im Ergebnis kann mithin festgestellt werden, dass sich Anhaltpunkte für einen Befunderhebungsfehler weder für den 21.11.2005 noch für den 14.12.2005 ergeben, der Kläger vielmehr dem Facharztstandard entsprechend bei der Beklagten behandelt wurde.

155 (2) Steht bereits ein Befunderhebungsfehler nicht fest, kommt es auf die Frage der Kausalität mit den behaupteten gesundheitlichen Folgen nicht mehr an. Jenseits der Fragen der Beweislastverteilung bei einem einfachen oder groben Befunderhebungsfehler sind mit dem Sachverständigen zwei Grundaussagen zu treffen:

156 - Es ist rein spekulativ, welches Ergebnis eine weitergehende bildgebende Belastungsuntersuchung im November und/oder Dezember 2005 ergeben hätte. Selbst bei Zugrundelegung der Kriterien des Marburger Herzscore lag der Prozentsatz für das Auftreten eines akuten Koronarsyndroms im Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten bei nur 0,6%. Das streitgegenständliche Geschehen vom September 2006 liegt sogar mehr als neun Monate nach Beendigung der Behandlung durch die Beklagte.

157 - Der Untersucher bei der Herzkatheteruntersuchung im September 2006 sah die Gefäßsituation im Augenblick der Untersuchung. Rückschlüsse aus dem Ergebnis dieser Untersuchung dazu, in welchem Zustand sich das Gefäß in dem Zeitraum davor befand, wären rein spekulativ. Rückschlüsse auf eine pathologische Situation im Zeitraum November/Dezember 2005 sind mithin nicht möglich ("Es trifft zu, dass man vor diesem Hintergrund eben nicht pauschal sagen kann, dass sich im September 2006 ein Risiko realisierte, auf das es in Gestalt der Beschwerden von November und Dezember 2005 bereits Hinweise gab"; Protokoll S. 4, 3. Absatz von unten).

158 - Daher können Untersuchungsverfahren zur Sichtbarmachung einer sich etwaig entwickelnden Stenose nur dann positive Ergebnisse liefern, wenn diese im Untersuchungszeitpunkt besteht, was aber bei einem Zeitraum von rund neun Monaten spekulativ ist (Protokoll S. 5, 2. Absatz von oben).

159 (3) Eine unterlassene therapeutische Aufklärung stellt dann einen Behandlungsfehler dar, wenn (was der Patient zu beweisen hat)

160 - ein medizinisch erforderlicher therapeutischer Hinweis unterblieben ist, und es

161 - dadurch zum Eintritt eines Schadens gekommen ist

162 (Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 4. Aufl., Anm. A 600ff. m.w.N.).

163 Davon kann aber nach den Ausführungen unter (1) gerade nicht ausgegangen werden. Die therapeutische Aufklärung setzt konkrete Anhaltspunkte auf eine konkrete Symptomatik voraus (OLG Bamberg, Urteil vom 4.7.2005 - 4 U 126/03 - [VersR 2005, 1292, 1293]; speziell zu einer Herzkatheteruntersuchung). Sämtliche Untersuchungen waren mit Blickrichtung auf eine koronare Erkrankung negativ. Dann aber stellt sich die Frage, worauf die Beklagte in den Arztbriefen an die Hausärztin (bzw. direkt gegenüber dem Kläger) konkret hätte hinweisen sollen. Theoretische, aber anlasslose Hinweise (z.B. zur fortlaufenden Bestimmung von Troponin-Werten) erfordert die therapeutische Aufklärung nicht, und schon überhaupt dann nicht, wenn der Patient bei im Übrigen negativen Befunderhebungen auch noch auf die Medikation (ob therapeutische Wirkung des Medikaments oder "Spontanheilung" dahinstehend lassend) mit einem Kalziumantagonisten positiv reagiert und dies nicht in Richtung auf eine Gefäßsymptomatik, sondern in Richtung auf eine Prinzmetal Angina hingewiesen hatte. Dann gab es für die Beklagte keinerlei Veranlassung, im Rahmen der therapeutischen Aufklärung auf eine lediglich theoretisch bestehende Möglichkeit einer Gefäßbeteiligung hinzuweisen.

164 Soweit der Erstbehandler den nachfolgenden Arzt über die getroffenen therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen, den Entlassungsbefund und die seiner Meinung nach bestehenden therapeutischen Konsequenzen zu unterrichten hat (Martis/Winkhard a.a.O., Anm. A 356ff.), hat die Beklagte dieser Pflicht mit den Arztbriefen vom 28.11.2005 und 2.1.2006 genügt. Einen darüber hinaus gehenden Inhalt musste die Unterrichtung der Hausärztin aus den Gründen zu (1) und zu (3) nicht haben.

165 Da sich keine Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler ergeben, ist die Berufung zurückzuweisen.

166 Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO.

167 Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO.

168 Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen von § 543 Abs. 2 S. 1 ZPO nicht vorliegen.

169 Die vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten sind nur bei der Kostenentscheidung, nicht aber beim Streitwert zu berücksichtigen.

170 gez. Dr. Holthaus gez. Lanza-Blasig gez. Dr. Tiemann