
Datum: 24.07.2003
Gericht: Oberlandesgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 8. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 8 U 82/02
ECLI: ECLI:DE:OLGD:2003:0724.8U82.02.00

Vorinstanz: Landgericht Düsseldorf, 3 O 302/99
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 13. Juni 2002 verkündete Urteil der 3. Zivilkammer des Landgerichts Düsseldorf wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, sofern nicht der Beklagte vor der Vollstreckung in gleicher Höhe Sicherheit leistet.

--	--	--

1

Tatbestand

Die seit 1984 an einem Diabetes mellitus Typ I erkrankte Klägerin suchte am Morgen des 2. Januar 1998 mit den Anzeichen einer diabetischen Ketoazidose die Notaufnahmestation der unter Trägerschaft der Beklagten stehenden Klinik für Nephrologie und Rheumatologie auf. Eine dort durchgeführte Blutgasanalyse bestätigte das Vorliegen einer schweren metabolischen Azidose mit einem pH-Wert von 6,940, einer Bicarbonat-Konzentration von 5,3 und einem Basenexzess von – 27,1 mmol/l; dabei war die Ketonkonzentration auf > 80 mg/dl

2

erhöht. Zur Normalisierung des Flüssigkeits- und Elektrolytehaushaltes durch eine als erforderlich angesehene schnelle Volumensubstitution entschloss man sich zur Anlegung eines zentralen Venenkatheters nach Punktion der im Schlüsselbeinbereich gelegenen Vena subclavia. Die Punktion der Vena subclavia gelang dem diensthabenden Assistenzarzt nicht sofort; zunächst kam es zu einer Punktion der Arteria subclavia. Eine – um 12.00 Uhr durchgeführte – Röntgenkontrolle zeigte dann eine Dislokation der Spitze des Venenkatheters in der linken Vena subclavia. Nach einer Veränderung der Lage des Katheters wurde der Befund einer weiteren um 15.20 Uhr durchgeführten Röntgenuntersuchung wie folgt beschrieben:

„Der über die rechte V. subclavia inserierte ZVK projiziert sich auf den rechten Vorhof und kann um 3 – 5 cm zurückgezogen werden. Kein Pneumothorax...“

3

Die Infusionsbehandlung verlief im weiteren komplikationslos. Die Patientin konnte gegen 18.00 Uhr mit deutlich verbesserten Blutgaswerten auf die Krankenstation verlegt werden. Der Venenkatheter wurde am 3. Januar 1998 entfernt.

4

Wegen eines bei der Klägerin am Morgen des 4. Januar 1998 auftretenden Hustens wurden – ohne Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe – Codeintropfen verabreicht, die zu einer Beschwerdelinderung führten. Am Morgen des 5. Januar 1998 klagte die Klägerin über Luftnot und Schmerzen im rechten Brustbereich. Als Ursache hierfür wurde ein Pneumothorax mit einem nahezu vollständigen Kollaps des rechten Lungenflügels diagnostiziert. Durch die Anlage einer Thoraxdrainage, aus der sich etwa 1,5 Liter Blut entleerten, gelang die erneute (vollständige) Entfaltung der kollabierten Lunge. Weil es dennoch zu einer weiteren Förderung von Blut durch die Drainage kam, wurde zunächst eine Transfusion mit Erythrozytenkonzentrat veranlasst. Nachdem sich im weiteren Verlauf eine zunehmende Ausbildung eines intrathorakalen Hämatoms zeigte, entschloss man sich zu einer Thorakotomie mit Hämatomausräumung und einer Dekortikation der Lunge. Der Eingriff wurde am 16. Januar 1998 in der Klinik für Thorax- und kardiovaskuläre Chirurgie der Beklagten erfolgreich durchgeführt. Die Klägerin konnte am 29. Januar 1998 aus der stationären Behandlung entlassen werden.

5

Die Klägerin verlangt mit der Behauptung, die sie behandelnden Ärzte seien für die Entstehung des Pneumothorax und der sich daran anschließenden Komplikationen verantwortlich, neben der Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten die Zahlung von Schmerzensgeld. Sie hat vorgetragen, dass die zunächst missglückte Anlage eines zentralen Venenkatheters einem offensichtlich unerfahrenem Assistenzarzt überlassen worden sei. Im übrigen habe es für die Infusionsbehandlung nicht zwingend der Anlage eines zentralen Venenkatheters bedurft, da alternative Behandlungsmöglichkeiten, die weniger risikobehaftet gewesen wären, zur Verfügung gestanden hätten. Sie sei zudem nicht darüber aufgeklärt worden, dass mit dem Legung eines zentralen Venenkatheters das Risiko der Entstehung eines Pneumothorax verbunden sei. Zumindest hätte bei regelrechter ärztlicher Beurteilung das vollständige Kollabieren des rechten Lungenflügels vermieden werden können, wenn sie nach der Verlegung auf die normale Krankenstation ärztlich ordnungsgemäß überwacht worden wäre. Dies gelte um so mehr, als sie im Zusammenhang mit dem am 4. Januar 1998 bereits in den Morgenstunden aufgetretenen Husten dem Pflegepersonal gegenüber auch über Schmerzen im Brustbereich geklagt habe, ohne dass jedoch ein Arzt zur weiteren Abklärung herbeigerufen worden sei.

6

Zur Bemessung des von ihr mit 30.000 DM als angemessen angesehenen Schmerzensgeldes hat die Klägerin vorgetragen, sie leide unter Schmerzen und habe

7

Taubheitsgefühle im Bereich der verbliebenen etwa 20 cm langen Operationsnarbe.

Die Klägerin hat beantragt,

8

- 1 die Beklagte zu verurteilen, an sie ein Schmerzensgeld in Höhe von 30.000 DM nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit der Klage zu zahlen; 19
- 2 festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihr alle weiteren materiellen und immateriellen Schäden im Zusammenhang mit der streitgegenständlichen ärztlichen Behandlung zu ersetzen. 11

Die Beklagte hat beantragt,

12

die Klage abzuweisen.

13

Die Beklagte hat sich drauf berufen, dass sich die Klägerin bei ihrer Vorstellung in der Notaufnahmestation am Morgen des 2. Januar 1998 in einem akut lebensbedrohlichen Zustand befunden habe. Die Anlegung eines zentralen Venenkatheters sei dringend indiziert gewesen, um aufgrund der Schwere der Stoffwechselentgleisung die erforderliche rasche Notfalltherapie durchführen zu können. Die Klägerin sei mündlich über die mit einem zentralen Venenkatheter verbundenen möglichen Komplikationen aufgeklärt worden und habe dieser Behandlung zugestimmt. Der im weiteren Verlauf eingetretene Pneumothorax sei nicht auf Behandlungsfehler zurückzuführen, sondern stelle sich als schicksalhaft dar. Die Probleme, die sich bei der Anlegung des zentralen Venenkatheters ergeben hätten, seien auf den erheblichen Flüssigkeitsmangel bei der Klägerin und den deshalb geringen Venendruck zurückzuführen gewesen; deshalb habe die Katheterspitze nicht sofort in der vorgesehenen Weise platziert werden können. 14

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Chefarztes der medizinischen Klinik des Krankenhauses H... in K... Prof. Dr. S.... Ferner hat das Landgericht den Sachverständigen mündlich angehört. 15

Durch das am 13. Juni 2002 verkündete Urteil hat die Kammer die Klage abgewiesen. 16

Gegen die Entscheidung wendet sich die Klägerin mit der Berufung. Sie beanstandet, vor der Anlage des zentralen Venenkatheters weder über die Risiken noch über die Möglichkeit eines ihres Erachtens indizierten peripheren und damit weniger risikobehafteten Zugangs, für den sie sich entschieden hätte, aufgeklärt worden zu sein. Tatsächlich sei die Anlage des zentralen Venenkatheters medizinisch auch nicht indiziert gewesen, weil eine natürliche Flüssigkeitszufuhr, die sie bei entsprechender Aufklärung zunächst versucht hätte, ausreichend gewesen wäre. Die Klägerin macht ferner geltend, es sei fehlerhaft gewesen, den – ihres Erachtens im übrigen falsch positionierten – zentralen Venenkatheter über die Vena subclavia anzulegen. Richtigerweise hätte dies über die Vena jugularis interna erfolgen müssen. Sie wiederholt den Vorwurf, die Punktion hätte nicht einem Assistenzarzt überlassen werden dürfen. Darüber hinaus beanstandet die Klägerin die ärztliche Überwachung nach der Anlage des zentralen Venenkatheters. Sie ist der Auffassung, es hätte einer ständigen Überwachung – zunächst auf der Intensivstation – mit klinischen, röntgenologischen und labortechnischen Untersuchungen bedurft. Dann wären am 3. Januar, spätestens am 4. Januar 1998 die Anzeichen eines sich entwickelnden Pneumothorax erkannt worden; die völlige Kollabierung eines Lungenflügels hätte dann verhindert werden können. 17

Die Klägerin beantragt,	18
unter Abänderung des angefochtenen Urteils	19
• 1 die Beklagte zu verurteilen, an sie ein Schmerzensgeld in Höhe von zumindest 30.000 DM = 15.338,76 € nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen;	20
• 2 festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihr allen materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, der ihr aus der Behandlung bei der Beklagten im Januar 1998 noch entstehen wird.	22
Die Beklagte beantragt,	23
die Berufung zurückzuweisen.	24
Die Beklagte verteidigt das Urteil des Landgerichts unter Vertiefung ihres erstinstanzlichen Sachvortrages. Sie bestreitet weiterhin sowohl ein Aufklärungsversäumnis als auch Fehler bei der Behandlung der Klägerin. Hinsichtlich des ihrer Darstellung zufolge seinerzeit unabdingbar erforderlichen Anlegens eines zentralen Venenkatheters macht sie geltend, dass wegen des geringen Venendruckes alleine die Anlage über die Vena subclavia möglich gewesen sei. Der Katheter sei auch ordnungsgemäß mittels der zum Standard der Klinik gehörenden sogenannten Seldinger Technik positioniert worden. Die Nachsorge sei nicht zu beanstanden. Bereits bei den ersten Anzeichen eines Pneumothorax habe man sachgerecht reagiert.	25
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch Vernehmung des Zeugen Dr. St... Sch... sowie durch Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. G.... Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Berichterstattevermerk vom 16. Juni 2003 (GA 292 ff) verwiesen.	26
Wegen der Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf die beigezogenen Behandlungsunterlagen Bezug genommen.	27

Entscheidungsgründe

A.	28
Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Der Klägerin steht weder aus dem Gesichtspunkt einer unerlaubten Handlung im Sinne der §§ 823, 847, 831 BGB (a.F.) noch nach den Grundsätzen der positiven Forderungsverletzung gemäß den §§ 611, 276, 242, 249 ff BGB (a.F.) ein Anspruch auf Ersatz der geltend gemachten materiellen und immateriellen Schäden zu.	29
I.	30
Nach allgemeinen prozessualen Grundsätzen hat ein Patient in einem Rechtsstreit den Nachweis zu erbringen, dass dem in Anspruch genommenen ärztlichen oder pflegerischen Personal ein zumindest fahrlässiges Fehlverhalten vorzuwerfen ist. Aufgrund der vor dem Landgericht durchgeführten und durch den Senat ergänzten Beweisaufnahme hat die	31

Klägerin diesen Nachweis nicht zu erbringen vermocht; im Gegenteil ist davon auszugehen, dass die Behandlung der Klägerin nach ihrer Vorstellung in der Notaufnahmestation der Klinik für Nephrologie und Rheumatologie der medizinischen Einrichtungen der H...-H...-Universität D...dem medizinischen Standard entsprach.

1.) 32

Die am Vormittag des 2. Januar 1998 durch den seinerzeit als Assistenzarzt tätigen Zeugen Dr. Sch... erfolgte Anlage des zentralen Venenkatheters war indiziert. Prof. Dr. G..., der als Direktor einer Klinik für innere Medizin und Kardiologie über umfassende praktische und wissenschaftliche Erfahrung zur Beurteilung des streitgegenständlichen medizinischen Sachverhaltes verfügt, hat – in Übereinstimmung mit dem von dem Landgericht beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. S... – bei seiner Anhörung vor dem Senat deutlich gemacht, dass es angesichts der bei der Klägerin seinerzeit vorliegenden – potentiell lebensbedrohlichen – diabetischen Ketoazidose eines sofortigen Ausgleichs des Volumendefizites und der Behebung der eingetretenen Stoffwechselentgleisung bedurfte. Dabei hat er keinen Zweifel daran gelassen, dass – insbesondere zu der erforderlichen Volumensubstitution – entsprechend dem geltenden medizinischen Standard keine andere Maßnahme als die Anlage eines zentralen Venenkatheters in Betracht kam und dass es fahrlässig gewesen wäre, diese Maßnahme zu unterlassen.

2.) 34

Dem Zeugen Dr. Sch... sind keine Versäumnisse bei der Anlage des zentralen Venenkatheters vorzuwerfen. 35

a) Die Einführung des Katheters über die Vena subclavia ist – was bereits Prof. Dr. S... deutlich gemacht hat – nicht zu beanstanden. Prof. Dr. G... hat hierzu nachvollziehbar erläutert, dass als Zugang für den zentralen Venenkatheter bei statistisch ähnlich hohen Komplikationsraten sowohl die Vena subclavia als auch die Vena jugularis in Betracht kommt und der den Katheter legende Arzt deshalb grundsätzlich den von ihm am besten beherrschten Zugang wählen sollte. Dabei hat der Sachverständige keinen Zweifel daran gelassen, dass der seinen eigenen Bekundungen zufolge seinerzeit bereits im 5. Jahr als Assistenzarzt mit einjähriger intensivmedizinischer Erfahrung tätige Zeuge Dr. Sch... über eine ausreichende Erfahrung sowohl zur Auswahl der zu punktierenden Vene (hier: Vena subclavia) als auch zu eigenständigen Anlage des zentralen Venenkatheters verfügte. Prof. Dr. G... hat im übrigen darauf hingewiesen, dass im Falle der Klägerin die Wahl der Vena subclavia als Punktionsort wegen des erheblichen Volumenmangels besonders geeignet war. Unter diesen Umständen wäre nämlich eine Anlage über die Vena jugularis wegen deren Gestaltung und ihrer unmittelbaren Lage zu der das Gehirn versorgenden Arteria carotis mit einem erhöhten Komplikationsrisiko behaftet gewesen. 36

b) Das weitere Vorgehen des Zeugen Dr. Sch... entsprach dem zu fordernden medizinischen Standard. Es ist nicht zu bezweifeln, dass der Zeuge hierbei unter Anwendung der von Prof. Dr. G... als Standard beschriebenen Seldinger-Technik (Positionierung des Katheters mittels eines Führungsdrahtes) vorging. Dies hat der Zeuge Dr. Sch... unter Hinweis darauf, dass diese Technik in der Klinik seinerzeit standardgemäß angewendet wurde, glaubhaft bestätigt. Prof. Dr. G... hat im übrigen darauf hingewiesen, dass die gewünschte Positionierung des Katheters nur mit dieser Technik überhaupt möglich ist. 37

c) Der Katheter wurde von dem Zeugen Dr. Sch... in der zu fordernden Weise von der rechten Seite der Patientin aus gelegt. Dies hat der Zeuge unter ausführlicher Beschreibung 38

seines damaligen Vorgehens ausdrücklich bestätigt. Dagegen spricht nicht etwa der Röntgenbefund vom 5. Januar 1998, der einen disloierten Katheter beschreibt, der mit seiner Spitze in der linken Vena subclavia lag. Prof. Dr. G... hat anhand der anatomischen Verhältnisse im Bereich der vorgenommenen Punktionsstelle diesen Eintrag dahingehend erläutert, dass der von rechts eingeführte Katheter zunächst nicht – wie gewünscht – in Richtung des Herzens, sondern in die linke Vena subclavia gelangt war. Er hat deutlich gemacht, dass es sich hierbei allerdings nicht um einen als Komplikation zu bewertenden Umstand handelte, weil eine solche Fehlpositionierung leicht geschehen und – wie auch vorliegend erfolgt – problemlos durch ein Zurückziehen und erneutes Ausrichten der Katheterspitze behoben werden kann.

d) Dass es bei dem Versuch, den Katheter über die Vena subclavia einzuführen zunächst zu einer Punktion der Arteria subclavia gekommen war, ist nicht als Fehler zu bewerten. In Übereinstimmung mit der Beurteilung von Prof. Dr. S... hat Prof. Dr. G... deutlich gemacht, dass es sich bei dieser – seiner Darstellung zufolge für die weitere Entwicklung ohnehin vermutlich unbedeutenden Verletzung – um eine schicksalhafte Komplikation handelte. Weil die Vena subclavia und die Arteria subclavia eng beieinander liegen, ist eine Fehlpunktion nicht in jedem Fall auszuschließen und kann auch bei Anwendung der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt geschehen. Es ist auch nicht feststellbar, dass Dr. Sch... die Punktionsstelle nicht sachgerecht versorgt hat. Nach der damaligen ärztlichen Dokumentation in den Behandlungsunterlagen erfolgte eine 10-minütige – nach Angaben des Zeugen 10- bis 15-minütige – Kompression der Punktionsstelle, bis keine Blutung mehr erkennbar war. Sodann versuchte der Zeuge – nunmehr erfolgreich – die Punktion der Vena subclavia durchzuführen. Prof. Dr. G... hat dieses Vorgehen als sachgemäß bewertet. Er hat zwar darauf hingewiesen, dass alleine der Umstand, dass äußerlich keine Blutung mehr festgestellt werden konnte, keine sichere Aussage darüber machte, ob die Blutung aus der Arterie tatsächlich zum Stillstand gekommen war. Allerdings sprach – so der Gutachter – der nach der erfolgreichen Anlage des zentralen Venenkatheters bis 15.20 Uhr erhobene unauffällige Röntgenbefund sowie die ebenfalls unauffällige klinische Symptomatik der Klägerin gegen eine weitere Blutung aus der punktierten Arterie und insbesondere auch dagegen, dass es zu einer Verletzung der Pleura und der Entwicklung eines Pneudithorax gekommen war.

e) Dass es dennoch bei den Maßnahmen zur Einführung des zentralen Venenkatheters zu einer – vorwerfbaren – von Prof. Dr. G... als Ursache des später eingetretenen Pneumothorax erwogenen Verletzung von Gewebestrukturen im Bereich des Pleuralspaltes gekommen war, lässt sich nicht sicher feststellen. Alleine im Hinblick darauf, dass er sich aufgrund des damaligen Verlaufs den erst mehrere Tage nach den erfolgten Punktionen eingetretenen Hämatothorax nicht erklären konnte, hat der Sachverständige eine solche Schädigung, die sich möglicherweise zunächst nicht auswirkte, erwogen. Er hat allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine solche denkbare Entwicklung nicht nachweisbar ist. Im übrigen hat Prof. Dr. G... deutlich gemacht, dass die Herbeiführung einer Verletzung im Bereich des Pleuralspaltes nicht immer vermeidbar ist und daher nicht feststellbar als Versäumnis bewertet werden könnte.

3.) 41

Dem die Klägerin seinerzeit behandelnden und betreuenden ärztlichen und pflegerischen Personal ist auch nicht vorzuwerfen, die Entwicklung des am 5. Januar 1998 festgestellten Hämatothorax nicht rechtzeitig erkannt zu haben. 42

Die Überwachung und Behandlung der Klägerin nach der Anlage des zentralen Venenkatheters und dessen Entfernung am 3. Januar 1998 ist nicht zu beanstanden:

a) 44

Alleine aus der Tatsache, dass es am Morgen des 5. Januar 1998 zu einem zuvor nicht bemerkten nahezu vollständigen Kollaps des rechten Lungenflügels gekommen war und dass sich dabei eine erhebliche Blutansammlung im Pleuralraum gebildet hatte, rechtfertigt nicht bereits die Annahme von Überwachungs- und/Diagnoseversäumnissen. Prof. Dr. G... hat nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die Entstehung eines Hämatothorax in einem zeitlichen Abstand von rund 3 Tagen zu der erfolgten Anlage des zentralen Venenkatheters als „Rarität“ anzusehen ist, weil entsprechende Komplikationen in aller Regel kurzfristig innerhalb weniger Stunden nach der Punktion oder spätestens am Folgetag auftreten. 45

b) 46

Eine besondere ärztliche Beaufsichtigung der Klägerin war nicht erforderlich. 47

Prof. Dr. S... hat in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass es vertretbar war, die Klägerin nach der im Anschluss an die Katheteranlage erfolgte zweimalige Röntgenkontrolle auf die allgemeine Krankenstation zu verlegen ohne im weiteren Verlauf ergänzende Untersuchungen zum Ausschluss der Entwicklung eines Hämatothorax vorzunehmen. Prof. Dr. G... hat erläuternd hinzugefügt, dass es nach der Anlage eines zentralen Venenkatheters sowie dessen Entfernung regelmäßig keiner Nachsorge bedarf, sofern sich im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der durchgeführten Punktion keine Auffälligkeiten ergeben. Im Falle der Klägerin war insoweit zwar die zunächst erfolgte Punktion der Arteria subclavia zu beachten. Prof. Dr. G... hat allerdings keinen Zweifel daran gelassen, dass angesichts des im weiteren Verlauf klinisch unauffälligen Zustandes der Klägerin und angesichts der im Verlaufe des 2. Januar 1998 gefertigten Röntgendiagnostik, die keine Anzeichen einer Blutung aufzeigte und einen Pneumothorax ausdrücklich ausschloss, kein Grund zu der Annahme weiterer Komplikationen bestand. Anlass zu einer entsprechenden Besorgnis bestand insbesondere auch deshalb nicht weil – wie dargestellt – Komplikationen durch Entstehung eines Pneumothorax oder eines Hämatothorax nach Anlage eines zentralen Venenkatheters in aller Regel kurzfristig eintreten, so dass man angesichts der unauffälligen Röntgenbefunde davon ausgehen durfte, dass entsprechende Komplikationen hier nicht zu befürchten waren. Unter diesen Umständen war die Überwachung und Betreuung der Klägerin auf der allgemeinen Krankenstation ohne Vornahme weitergehender Untersuchungsmaßnahmen als ausreichend anzusehen. 48

c) 49

Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass sich in dem Befinden der Klägerin vor dem 5. Januar 1998 erkennbare Auffälligkeiten zeigten, die auf die Entwicklung eines Pneumothorax hinwiesen und Anlass zu weitergehenden Diagnosemaßnahmen hätten geben müssen: Der am Nachmittag und am Abend des 4. Januar 1998 bei der Klägerin aufgetretene Hustenreiz, der nach der Gabe von Codeintropfen nachließ, gab nach der überzeugenden Beurteilung von Prof. Dr. G... nicht Anlass zu der Besorgnis, es könne infolge der Anlage des zentralen Venenkatheters zu Komplikationen im Sinne der Entwicklung eines Pneumothorax oder eines Hämatothorax kommen. Eine solche Entwicklung lag seinerzeit auch eher fern, weil sie – so Prof. Dr. G... – im Hinblick auf den zeitlichen Abstand zu der Anlage des zentralen Venenkatheters einen äußerst seltenen Vorgang darstellte. Der Sachverständige hat darauf hingewiesen, dass auch er sich unter den seinerzeit bekannten Umständen 50

zunächst mit der Gabe von Codeintropfen zufrieden gegeben hätte.

Dass die Beschwerden der Klägerin am Nachmittag und am Abend des 4. Januar 1998 ernsthafter waren und sich außer in einem Hustenreiz auch in einem dem Pflegepersonal mitgeteilten ringförmigen Druckgefühl im Brustbereich äußerten, lässt sich nicht feststellen. Entsprechende Anhaltspunkte hierfür ergeben sich aus den Behandlungsunterlagen nicht, obwohl es nahe liegt, dass entsprechend auffällige Symptome in der pflegerischen oder ärztlichen Dokumentation vermerkt worden wären. Es erscheint auch eher fernliegend, dass das seinerzeit diensthabende Pflegepersonal auf Äußerungen entsprechend erheblicher Beschwerden, die nach Darstellung von Prof. Dr. G... zweifellos hätten abgeklärt werden müssen, nicht reagiert haben soll.

51

II.

52

Unabhängig von den vorstehenden Ausführungen scheitert eine Haftung des Beklagten des Universitätsklinkums auch daran, dass sich die Kausalität der von der Klägerin behaupteten ärztlichen und pflegerischen Versäumnisse für ihre durch die Entstehung eines Hämatothorax gekennzeichneten gesundheitlichen Entwicklung nicht feststellen lässt. Welche Umstände zu der Entstehung des mit einer erheblichen Einblutung begleiteten Pneumothorax geführt haben, bleibt letztlich ungeklärt. Dass die Punktion der Arteria subclavia für die eingetretene Blutansammlung verantwortlich war, hat Prof. Dr. G... als eher unwahrscheinlich bewertet. Zur Erläuterung hat er darauf hingewiesen, dass sich die Arterie als elastischeres Blutgefäß zusammenzieht und eine spät aufgetretene Blutung aus ihr eher ungewöhnlich wäre. Ungewiss – wenngleich denkbar – ist auch, ob tatsächlich eine im Zusammenhang mit der Punktion verursachte Pleuralverletzung, die sich zunächst nicht auswirkte, aufgrund späterer Umstände zu dem Pneumothorax geführt hat. Prof. Dr. G... hat zwar den Versuch gemacht, einen entsprechenden Ursachenzusammenhang abstrakt aufzuzeigen. Er hat allerdings deutlich gemacht, dass eine zum Kollaps der Lunge führende Verletzung nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden kann.

53

Schließlich steht auch nicht fest, dass der Kollaps der Lunge hätte vermieden werden können, wenn man im Verlaufe des 4. Januar 1998 nach Beginn des bei der Klägerin auftretenden Hustenreizes ärztlicherseits diagnostisch tätig geworden wäre. Prof. Dr. G... hat hierzu erläutert, dass eine damals durchgeführte röntgenologische oder sonographische Untersuchung nicht unbedingt einen zu einem Eingriff führenden Befund ergeben und man sich möglicherweise zunächst zu einer weiteren Beobachtung der Entwicklung entschlossen hätte. Unter diesen Umständen kann nicht ausgeschlossen werden, dass es auch dann zu dem eingetretenen Kollaps der Lunge gekommen wäre.

54

Der Klägerin können hinsichtlich des von ihr zu führenden Kausalitätsnachweises keine Beweiserleichterungen zugebilligt werden. Diese kämen lediglich bei der Annahme eines grob fehlerhaften Vorgehens der behandelnden Ärzte oder des Pflegepersonals in Betracht, wovon – wie ausgeführt – nicht ausgegangen werden kann.

55

III.

56

Das beklagte Universitätsklinikum haftet der Klägerin auch nicht aus dem Gesichtspunkt eines Aufklärungsversäumnisses. Ausweislich der Behandlungsdokumentation erfolgte die Anlage des zentralen Venenkatheters nach mündlicher Aufklärung der Patientin („Blutung, Infektion, Pneu“). Der Zeuge Dr. Sch... hat die damalige Aufklärung der Klägerin dahingehend glaubhaft beschrieben, dass er ihr nach Mitteilung der dokumentierten Risiken wegen des entgleisten Stoffwechsels die Notwendigkeit der Anlage eines zentralen Venenkatheters

57

deutlich machte. Diese wenn auch knappen Hinweise des Zeugen waren ausreichend, um der Klägerin die damalige Situation in ihren wesentlichen Zügen zu beschreiben. Einer ausführlicheren Aufklärung über die zu treffenden Maßnahmen bedurfte es bereits deshalb nicht, weil es nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. G... keine Alternative zu ihnen gab. Wie bereits ausgeführt, kam alleine die sofortige Anlage eines zentralen Venenkatheters zur Behebung der potentiell lebensbedrohlichen Situation infolge des eingetretenen Volumendefizites und der Stoffwechselentgleisung in Betracht. Unter diesen Umständen ist es auch nicht vorstellbar, dass die Klägerin sich im Falle der von ihr vermissten Aufklärung zu einer anderen Vorgehensweise entschieden hätte.

<u>B.</u>	58
Die Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 97, 708 Nr. 10, 711 Satz 1 ZPO.	59
Die Beschwer der Klägerin liegt über 20.000 €.	60
Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.	61