
Datum: 14.09.2012
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 204/10
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2012:0914.26U204.10.00

Vorinstanz: Landgericht Paderborn, 2 O 565 und 566/08
Schlagworte: Befunderhebungsfehler, Subarachnoidalblutung
Normen: §§ 823, 8931, 253, 844 BGB
Leitsätze:
Die unterlassene Befunderhebung stellt dann keinen Sorgfallsverstoß dar, falls der Patient eine solche Untersuchung verweigert und der Patient auf die Gefahr einer solchen Verweiterung hingewiesen worden ist.

Tenor:

Auf die Berufung der Beklagten zu 1. bis 3. werden die am 5. November 2010 verkündeten Urteile der 2. Zivilkammer des Landgerichts Paderborn – 2 O 565 und 566/08 – wie folgt abgeändert:

Die Klagen werden abgewiesen.

Die Berufungen der Kläger werden zurückgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreites in erster und zweiter Instanz tragen der Kläger zu 1. zu 72 % und der Kläger zu 2. zu 28 %..

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Den Klägern bleibt nachgelassen, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abzuwenden, wenn nicht zuvor die Beklagten Sicherheit in dieser Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:	1
I.	2
Der Kläger zu 1. ist der Ehemann und der Kläger zu 2. der 1986 geborene Sohn der am 28. April 2005 verstorbenen Frau Q, deren Erben sie sind. Sie nehmen die Beklagten aufgrund behaupteter Fehlbehandlung in Anspruch, wobei der Kläger zu 1. aus ererbtem und abgetretenem Recht die Zahlung eines mit 12.000,00 € für angemessen gehaltenen Schmerzensgeldes begehrt sowie aus eigenem Recht den Ersatz materieller Schäden in Höhe von 44.128,38 €, den Ersatz vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten und den Ersatz eines weiteren Haushaltsführungsschadens in Form einer monatlichen Rente.	3
Der Kläger zu 2. nimmt die Beklagten auf Ersatz materieller Schäden wegen der entgangenen Versorgung durch die Mutter in Höhe von 40.938,10 € in Anspruch.	4
Frau Q stürzte am 13. April 2005 um 7.45 Uhr auf dem Weg zur ihrer Arbeitsstelle mit dem Fahrrad. Anwesende Zeugen veranlassten die umgehende Einlieferung der Verstorbenen mit dem RTW in das Krankenhaus der Beklagten zu 1., die um 8.10 erfolgte.	5
Dort wurde sie von der diensthabenden Ärztin, der Zeugin N, stationär für die innere Abteilung aufgenommen und untersucht. Ausweislich des von der Zeugin ausgefüllten Aufnahmebogens gab Frau Q an, auf dem Weg zur Arbeit mit dem Fahrrad wegen Schwindels gestürzt zu sein. Sie sei kurzzeitig bewusstlos gewesen und habe keine Erinnerung an das Ereignis. Ihr sei bekannt, dass bei ihr bei Aufregung und Anstrengung Schwindel auftrete.	6
Die Zeugin hielt als vorläufige Diagnose Synkope fest.	7
Nachdem die Zeugin eine Röntgen-Untersuchung des Schädels veranlasst hatte, erfolgte auf ihre Veranlassung die Vorstellung in der chirurgischen Ambulanz beim Beklagten zu 3.. Er untersuchte Frau Q und hielt im Befundbericht fest, der Patientin sei kein Sturz erinnerlich, keinerlei Kopfbeschwerden, keine Blutung, leichtgradige Beschwerden über HWS, Beweglichkeit frei. Pupillen isocor/mittelweit/mittelständig/direkt und konsensuell prompt reagierend.	8
Er befundete die ihm vorliegenden Röntgenaufnahmen des Schädels und fand keinen Anhalt für knöcherne Verletzungen. Er erbat im weiteren stationären Verlauf ggfs. Röntgen der HWS und des Thorax je nach Verlauf.	9
Die Patientin wurde dann in Begleitung des inzwischen eingetroffenen Klägers zu 2. im Rollstuhl zur inneren Abteilung gebracht. Zwischen den Parteien ist streitig, ob es zu Übelkeit und Erbrechen kam.	10
Auf der inneren Abteilung, deren leitender Chefarzt der Beklagte zu 5. ist, wurde sie von der dort als Stationsschwester tätigen Beklagten zu 4. in Empfang genommen. Noch auf dem Flur äußerte Frau Q, nach Hause zu wollen. Die Beklagte zu 4. holte daraufhin die Beklagte zu 2., die als Assistenzärztin im 4. Jahr der Facharztausbildung auf der inneren Station tätig war, und verständigte diese davon, dass die gerade erst aufgenommene Patientin entlassen werden wolle. Die Beklagte zu 2. informierte sich telefonisch bei der Zeugin N. Sodann suchte sie die Frau Q auf und erklärte ihr, dass weitere Untersuchungen erforderlich seien, weil die Ursache des Sturzes und der Bewusstlosigkeit noch ungeklärt sei. Als die Patientin weiterhin auf ihrer Entlassung bestand, fragte die Beklagte zu 2. nach ihren augenblicklichen	11

Beschwerden. Darauf gab Frau Q an, unter Kopfschmerzen zu leiden, wobei streitig ist, ob sie gegenüber der Beklagten zu 2. Über starke Kopfschmerzen geklagt hat. Die Beklagte zu 2. erklärte ihr daraufhin, dass zur Abklärung deren Ursache erst recht ein stationärer Aufenthalt und weitere Untersuchungen erforderlich seien. Der genaue Wortlaut und Inhalt ihrer Angaben ist zwischen den Parteien streitig. Als Frau Q mit dem Hinweis auf ihr bekannte Migräne weiterhin auf ihrer Entlassung bestand, ließ die Beklagte zu 2. sie eine Erklärung unterzeichnen, in der es unter anderem heißt: „Hiermit erkläre ich, dass ich gegen den ausdrücklichen Rat der mich behandelnden Ärzte das Krankenhaus verlasse. Ich übernehme damit alle sich hieraus ergebenden Konsequenzen.... 10:10 h.“

Frau Q verließ in Begleitung des Klägers zu 2. das Krankenhaus. 12

Sie legte sich zuhause ins Bett und wurde nachmittags von dem Kläger zu 2. komatös aufgefunden. Nach sofortiger notfallmäßiger Einlieferung in das evangelische Krankenhaus in M um 17.00 Uhr wurde bei ihr eine ausgedehnte Subarachnoidalblutung diagnostiziert und ihre Verlegung in die St. C-Klinik in I veranlasst. Dort erfolgte noch am selben Tag eine Entleerung des subduralen Hämatoms über eine Bohrlochtrepation. Sie verstarb, ohne nochmals aus dem Koma erwacht zu sein. 13

Die Kläger haben behauptet, die ihr bereits zum Zeitpunkt der Einlieferung in das Krankenhaus der Beklagten zu 1. vorliegende Subarachnoidalblutung sei aufgrund unterlassener Befunderhebung fehlerhaft nicht erkannt worden. 14

Im Falle einer rechtzeitigen CT-Untersuchung wäre die Subarachnoidalblutung diagnostiziert und behandelt worden, wodurch der weitere Verlauf vermieden worden wäre. 15

Sie haben außerdem behauptet, die Verstorbene sei nicht über die Möglichkeit des Vorliegens einer Subarachnoidalblutung aufgeklärt worden, was einen groben Behandlungsfehler darstelle. 16

Die Beklagten haben eine fehlerhafte Behandlung bestritten. Es hätten keine neurologischen Symptome vorgelegen, die auf eine Hirnblutung hingedeutet hätten. Vielmehr habe aufgrund der gestellten Diagnose – Synkope mit unklarer Ursache – die Notwendigkeit der stationären Beobachtung und weiterer Untersuchungen bestanden. Das habe die Verstorbene trotz des Hinweises der Beklagten zu 2. auf die Möglichkeit des Vorliegens einer lebensbedrohlichen Ursache abgelehnt. 17

Die Beklagten haben die geltend gemachten Schadenspositionen der Höhe nach bestritten. 18

Das Landgericht hat die Beklagten zu 2. und 3. sowie die Kläger persönlich angehört. Es hat Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugin N und im erstinstanzlich eigenständigen Verfahren des Klägers zu 1. den jetzigen Kläger zu 2. als Zeugen vernommen. Außerdem hat es Beweis erhoben durch schriftliches Gutachten des neurochirurgischen Sachverständigen Prof. Dr. X sowie dessen mündliche Anhörung. 19

Auf die Klage des Klägers zu 1. hat es die Beklagten zu 1. bis 3. als Gesamtschuldner zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von 7.500,00 € verurteilt und hinsichtlich des weiteren Klagebegehrens festgestellt, dass die Klage gegen diese Beklagten dem Grunde nach gerechtfertigt ist. Die Klage gegen die Beklagten zu 4. und 5. hat es abgewiesen. 20

Der Klage des Klägers zu 2. hat es per Grundurteil dem Grunde nach gegen die Beklagten zu 1. bis 3. stattgegeben und die Klage gegen die Beklagten zu 4. und 5. abgewiesen. 21

Zur Begründung hat es ausgeführt, dem Kläger zu 1. stehe ein von der Verstorbenen ererbter Anspruch auf Schmerzensgeld gegen die Beklagten zu 1. bis 3. zu und die Klage sei gegen diese Beklagten dem Grunde nach gerechtfertigt, weil dem Kläger ein Anspruch auf Ersatz gemäß § 844 Abs. 2 BGB ein Anspruch auf Ersatz des entzogenen Naturalunterhalts zustehe. Hinsichtlich der geltend gemachten Beerdigungskosten sei er aktiv legitimiert, weil der Sohn seine Ansprüche an ihn abgetreten habe.	22
Dem Kläger zu 2. stehe der geltend gemachte Anspruch dem Grunde nach gemäß §§ 823 Abs. 1, 831, 844 Abs. 2 BGB gegen die Beklagten zu 1. bis 3. zu.	23
Es hat einen Behandlungsfehler der Beklagten zu 2. und zu 3. in Form eines Befunderhebungsfehlers als bewiesen angesehen, den sich die Beklagte zu 1. zurechnen lassen müsse.	24
Sie seien ihrer Verpflichtung, in angemessener Zeit den aufgrund der festgestellten Symptome bestehenden Verdacht für das Vorliegen einer Erkrankung abzuklären, nicht nachgekommen und hätten die sofort erforderliche CT-Untersuchung des Schädels nicht veranlasst.	25
Eine Haftung der Beklagten zu 4. und 5. hat das Landgericht verneint.	26
Der Beklagten zu 4. sei bereits kein konkretes haftungsbegründendes Verhalten, insbesondere ein Behandlungsfehler vorzuwerfen, denn sie sei weder für die Diagnosestellung, die Anordnung von Untersuchungen noch die Organisation des Krankenhausablaufes zuständig. Der Beklagte zu 5. hafte nicht, weil er die Verstorbene nicht selbst behandelt habe. Allein seine Stellung als Chefarzt der Inneren Station führe nicht zu einer Haftung, denn die Beklagten zu 2. und zu 3. seien Verrichtungsgehilfen des beklagten Krankenhauses und nicht des Chefarztes. Ihm könne auch ein Organisationsverschulden nicht angelastet werden.	27
Was die Höhe des geltend gemachten materiellen Schaden angeht, hat das Landgericht die Sache als nicht entscheidungsreif angesehen.	28
Wegen der weiteren Einzelheiten – auch des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes einschließlich des genauen Wortlautes der Anträge – wird auf das angefochtene Urteil Bezug genommen.	29
Mit ihren Berufungen verfolgen die Kläger ihre erstinstanzlichen Begehren in dem Umfang weiter, als sie abgewiesen worden sind.	30
Was die Beklagte zu 4. angehe, so hafte sie für Unterlassen, denn auch das Pflegepersonal habe gegenüber den Patienten einen Garantenstellung aus dem Behandlungsvertrag, weshalb es zur Weitergabe von Informationen, die für die medizinische Beurteilung relevant sind, an die Ärzte verpflichtet seien. Deshalb sei die Beklagte verpflichtet gewesen, die Beklagte zu 2. auf das Erbrechen hinzuweisen, das ihr aufgrund des Auswechsels der Nierenschale, das der Sohn bekundet habe, bekannt gewesen sei. Dabei habe es sich um eine entscheidende Information gehandelt, weil das Erbrechen ein typisches Symptom für die SAB, aber nicht für die von der Beklagten zu 2. angenommene Synkope sei.	31
Falls die unterbliebene Information erfolgt wäre, wäre die Verdachtsdiagnose Synkope in Frage gestellt und der unterbliebene Befund erhoben worden. Damit sei das Unterlassen für den weiteren Verlauf jedenfalls mitursächlich geworden, selbst wenn das Erbrechen aufgrund	32

der entsprechenden Verschmutzungen auf der Kleidung der Verstorbenen auch sonst für die Beklagte zu 2. erkennbar gewesen sei.

Die persönliche Haftung des Beklagten zu 5. als Chefarzt resultiere aus seiner Verpflichtung, das ärztliche Personal fachlich zu überwachen und zu schulen. Er habe dafür zu sorgen, dass ein die von ihm eingesetzten Ärzte für die Behandlungsmaßnahmen ausreichend qualifiziert sind und die für ein selbständiges Arbeiten allgemein zu fordernde fachliche Qualifikation besitzen. Aus den Ausführungen des Sachverständigen, wonach es bei der Beklagten zu 2. aufgrund der vorliegenden unklaren Bewusstlosigkeit, der Kopf- und Nackenschmerzen hätte „klick“ machen müssen, weil die Grenzbereiche zur Neurologie auch Fortbildungsthema für den Gebietsarzt innere Medizin sei, ergebe sich, dass diese nicht entsprechend geschult gewesen sei, was dem Beklagten zu 5. anzulasten sei. Dazu sei kein entlastender Vortrag erfolgt. 33

Die Kläger rügen weiter, es sei bereits erstinstanzlich zum Organisationsverschulden des Beklagten zu 5. vorgetragen worden, dass er für die Sicherstellung der Weitergabe von Informationen mit Bedeutung für die medizinische Beurteilung verantwortlich sei. Auch hinsichtlich des mangelnden Informationsflusses auf der inneren Station habe er sich nicht exkulpiert. 34

Der Kläger zu 1. rügt außerdem die Höhe des zugesprochenen Schmerzensgeldes. 35

Die Kläger greifen die vom Landgericht vorgenommene Beweiswürdigung an, soweit dieses angenommen hat, die Nierenschale sei von der Beklagten zu 4. nicht ausgewechselt worden. Dabei sei die Aussage des Klägers zu 2. missachtet worden, der das in sich widerspruchsfrei und schlüssig bekundet habe. Es sei auch nachvollziehbar, dass er sich an die Ereignisse dieses für ihn einschneidenden Tages noch erinnere. 36

Die Beklagte zu 4. habe selbst bestätigt, dass die Verstorbene eine Nierenschale in der Hand gehalten habe, jedoch bestritten, dass diese mit Erbrochenem gefüllt gewesen und von ihr ausgewechselt worden sei. Schon der Umstand, dass sie eine Nierenschale erinnere, zeige, dass diese Gegenstand ihrer Wahrnehmung gewesen sei, was dafür spreche, dass diese Gegenstand einer konkreten Handlung der Beklagten zu 4. gewesen und nicht nur peripher als leeres Objekt wahrgenommen worden sei. 37

Die Beklagte zu 4. bestreitet das weiterhin. Die Verstorbene sei von dem Ambulanzpersonal im Liegestuhl zur inneren Station verbracht und dort von ihr in Empfang genommen worden. Die Kleidung sei nicht von Erbrochenem verschmutzt und die Nierenschale leer gewesen. In ihrem Beisein habe sie nicht erbrochen. Sie sei über ein Erbrechen auch nicht informiert worden. Die Beklagten bestreiten weiterhin, dass die Verstorbene überhaupt erbrach. 38

Die Beklagten zu 1. bis 3. wehren sich mit ihrer Berufung gegen die Verurteilung. 39

Der Entscheidung gehe von einem unzutreffenden Sachverhalt aus, die Einschätzung des Sachverständigen entspreche nicht dem ärztlichen Standard. Zur weiteren Aufklärung sei die Einholung eines internistischen Gutachtens zur Frage, ob zum Zeitpunkt der Einlieferung eine Synkope vorgelegen habe, erforderlich gewesen. Die Beklagten bestreiten weiterhin die Ursächlichkeit des vom Sachverständigen festgestellten Behandlungsfehlers für den letalen Ausgang. Außerdem ist nach ihrer Auffassung ein Mitverschulden der Verstorbenen zu berücksichtigen. 40

Es treffe nicht zu, dass die Verstorbene gegenüber der Beklagten zu 2. starke Kopfschmerzen angegeben habe. Sie habe vielmehr lediglich über Kopfschmerzen geklagt und auf Nachfrage der Beklagten zu 2. hinzugefügt, es handele sich nur um Migräneschmerzen.

Das habe der Kläger zu 2. auch so bestätigt.

42

Diese Angabe sei ein wichtiger anamnestischer Hinweis dafür, dass am ehesten sogenannte primäre Kopfschmerzen vorliegen, die einen sofortigen Einsatz apparativer Diagnostik wie z.B. ein CT nicht erfordern. Die Beklagte zu 2. habe daher von dem Leitsymptom Kopfschmerz ausgehen können. Trotz des dringlichen Rates der Beklagten zu 2. zu weiterer Abklärung habe die Verstorbene diese rigoros abgelehnt, was sich auch aus der Zeugenaussage des Sohnes ergebe. Die Beklagte zu 2. habe auch auf bestehende Todesgefahr hingewiesen bevor, die Verstorbene auf eigenes Risiko entlassen worden sei. Die Beklagte zu 2. habe daher die allgemeine körperliche Untersuchung zur Erhebung des nach den Leitlinien erforderlichen klinischen Befundes nicht vornehmen können. Auch eine ausführliche Kopfschmerzanamnese habe daher nicht erhoben werden können.

43

Die für die Entscheidung über den Einsatz apparativer Diagnostik nach den Leitlinien vorgesehene Beachtung der zeitlichen Entwicklung des Leitsymptoms Kopfschmerz und der Abfolge möglicher neurologischer Symptome habe aufgrund der von der Verstorbenen verlangten Entlassung nicht erfolgen können. Die Beklagte zu 2. habe allenfalls 5 Minuten mit der Verstorbenen verbracht.

44

Aus den Aufnahmeunterlagen der Zeugin N und aus deren Angaben gegenüber der Beklagten zu 2. hätten sich keine Hinweis auf eine mögliche SAB ergeben.

45

Die Kleidung sei nicht durch Erbrochenes verschmutzt gewesen und es sei von Erbrechen auch weder der Zeugin Dr. N noch den Beklagten zu 2. und/oder zu 3. berichtet worden.

46

Soweit der Sachverständige von starken Kopfschmerzen ausgegangen sei, finde sich dafür in der Dokumentation keine Grundlage.

47

Insbesondere seien solche von der Zeugin N weder dokumentiert noch von ihr in ihrer Aussage bestätigt worden.

48

Soweit der Sachverständige ausgeführt habe, unabhängig davon, dass im Krankenblatt Kopfschmerzen nicht ausdrücklich angegeben worden seien, habe aufgrund der nicht unfallbedingten Bewusstseinsstörung der Verdacht einer SAB bestanden, sei das durch einen internistischen Sachverständigen zu klären.

49

In jeder neurologischen oder neurochirurgischen Fachliteratur seien plötzlich auftretende Kopfschmerzen, die vom Patienten erstmals so erlebt werden, Übelkeit und Bewusstseinsstörung als kardinale Symptome einer SAB angegeben.

50

Die Verstorbene sei aber während des gesamten Krankenhausaufenthaltes bewusstseinsklar und voll orientiert gewesen.

51

Die von zwei Ärzten durchgeführten Untersuchungen hätten keinen Hinweis auf die vom Sachverständigen für die Bewertung des internistischen Standards angenommene akute Notfallsituation gegeben.

52

53

Die Beklagten bestreiten weiterhin, dass bei der Aufnahme überhaupt eine SAB vorlag. Die von der Verstorbenen geschilderten Symptome sprächen nicht dafür.

Da nach der Literatur migräneartige Kopfschmerzen, wie sie von der Verstorbenen geschildert worden seien, mögliche Vorboten einer SAB seien, habe allenfalls dieser Vorbote vorgelegen, nicht aber eine SAB selbst. 54

In diesem Zusammenhang weisen die Beklagten auf den dokumentierten zeitlichen Ablauf zwischen der Aufnahme um 8.10 Uhr, der Untersuchung durch Dr. N um 8.30 Uhr, Vorstellung bei dem Chirurgen, dem Beklagten zu 3. als D-Arzt, Verlegung auf die innere Station und gegen 10.00 Uhr Kontakt mit der Beklagten zu 2.. 55

Soweit der Sachverständige davon ausgegangen sei, eine neurologische Untersuchung sei überhaupt nicht erfolgt, ergebe sich aus dem Vermerk des Beklagten zu 3. etwas anderes. Dort sei ausdrücklich ein neurologischer Befund festgehalten. Demgegenüber werde in der Literatur darauf hingewiesen, dass die typische klinische Erscheinungsform der SAB der plötzlich stärkste Kopfschmerz sei, der häufig mit Erbrechen, Schwindel und nicht selten auch mit einer Bewusstlosigkeit einhergeht. Nicht selten seien Hirnnervenausfälle und Doppelbilder oder Rückenschmerzen eine mögliche Folge der SAB. 56

Die Bewusstseinsstörungen könnten sich so zeigen, dass der Erkrankte verlangsamt oder nicht mehr ansprechbar sei. Außerdem würden teilweise auch Nackensteifigkeit und Meningismus sowie fokale neurologische Ausfallsymptome und/oder Lähmungen, besonders im Gesicht, angeführt. 57

Die Beklagten bestreiten, dass sich aus der Dokumentation Hinweise auf eine entsprechende Klinik ergeben. 58

Vielmehr habe nach der dokumentierten Klinik eine – wesentlich häufiger als ein SAB auftretende – Synkope vorgelegen. 59

Jedenfalls hätten die Beklagten davon aufgrund der primären Anzeichen und nach dem Diagnosegrundsatz vom häufigeren zum selteneren Krankheitsbild ausgehen können. 60

Die Beklagten behaupten, aus dem Umstand, dass die Verstorbene trotz des Hinweises auf möglicherweise bestehende Lebensgefahr auf der Entlassung bestanden habe, ergebe sich, dass sie auch den Hinweis auf eine mögliche SAB nicht beachtet hätte, weil sie überzeugt davon gewesen sei, unter Migräneschmerzen zu leiden. 61

Die Kläger verteidigen das angefochtene Urteil, soweit es ihnen günstig und 62

bestreiten, dass der Verstorbenen ein Hinweis auf möglicherweise bestehende Lebensgefahr erteilt wurde. 63

Die Verstorbene habe vor der Unterredung mit der Beklagten zu 2. erbrochen gehabt und über starke Kopfschmerzen geklagt. 64

Sie bestreiten, dass im Verlauf der weiteren Untersuchung ein CT gemacht worden wäre. Aus dem Behandlungsbogen ergebe sich lediglich, dass eine kardiologische Untersuchung beabsichtigt gewesen sei. Darauf komme es aber nicht an, weil eine solche Untersuchung nach den Ausführungen des Sachverständigen als Diagnostik der ersten Wahl geboten gewesen wäre. 65

Die Kläger bestreiten, dass die Verstorbene bei einem Hinweis auf eine möglicherweise vorliegende SAB mit einem möglicherweise tödlichen Verlauf das Krankenhaus verlassen hätte. Ein abstrakter Hinweis auf alle Konsequenzen sei dem nicht gleichzusetzen.

Der Kläger zu 1. beantragt,	67
unter Abänderung des Urteils der 2. Zivilkammer des Landgerichts	68
Paderborn vom 5. November 2010	69
1. die Beklagten zu 1. bis 3. als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein	70
angemessenes über 7.500,00 € hinausgehendes Schmerzensgeld –	71
mindestens 12.000,00 € - nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten	72
über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.	73
2. die Beklagten zu 4. und 5. als Gesamtschuldner auch mit den Beklagten	74
zu 1. bis 3. zu verurteilen,	75
a) an ihn 44.128,38 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten	76
über dem Basiszinssatz seit dem 10. September 2009 sowie weitere	77
4.051,95 € zu zahlen,	78
b) an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld nebst Zinsen in Höhe von	79
fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu	80
zahlen,	81
c) festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner auch mit den	82
Beklagten zu 1. bis 3. verpflichtet sind, ihm eine monatliche Rente in	83
Höhe von 916,62 € für die Zeit vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni	84
2009 und in Höhe von 1.369,04 € für die Zeit vom 1. Juli 2009 bis zum	85
30. November 2034 zu zahlen.	86
Der Kläger zu 2. beantragt,	87
unter Abänderung des Urteils der 2. Zivilkammer des Landgerichts	88
Paderborn vom 5. November 2010 die Beklagten zu 4. und 5.	89
gesamtschuldnerisch auch mit den Beklagten zu 1. bis 3. zu	90
verurteilen, an ihn 40.983,10 € nebst Zinsen in Höhe von fünf	91
Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 9. Januar 2009 zu	92

zahlen.	93
Die Beklagten beantragen,	94
die Berufungen der Kläger zurückzuweisen.	95
Die Beklagten zu 1. bis 3. beantragen,	96
unter Abänderung der angefochtenen Urteile die Klagen abzuweisen.	97
Die Kläger beantragen,	98
die Berufungen der Beklagten zu 1. bis 3. zurückzuweisen.	99
Soweit die Kläger ein Organisationsverschulden des Beklagten zu 5. hinsichtlich der fachlichen Überwachung und Schulung der ärztlichen Mitarbeiter behaupten, trägt dieser dazu unter Darlegung im Einzelnen ergänzend vor, die Ärzte seien ausreichend qualifiziert. Insbesondere zur Qualifikation und Ausbildung der Beklagten zu 2. trägt er vor, alle Ärzte der inneren Abteilung würden ständig geschult und weitergebildet. Mindestens 2 x wöchentlich fänden Oberarzt- und Chefarztvisiten auf den Stationen statt, die als Lehrvisiten mit ausführlichen Fallbesprechungen und Leitliniendiskussionen verknüpft seien. Daneben fänden monatliche abendliche klinikinterne Fortbildungsveranstaltungen statt, die von der Ärztekammer Münster zertifiziert seien und, an denen auch niedergelassene Ärzte teilnehmen könnten.	100
Täglich fände morgens eine Ärztekonzferenz statt, bei der alle Aufnahmen sei der letzten Konferenz im Kollegenkreis unter Heranziehung von Aufnahmebefunden und Röntgenaufnahmen zusammen mit den Radiologen besprochen würden.	101
Im speziellen Fall der Beklagten zu 2. sei festzustellen, dass sie in dieses sehr gut funktionierende System eingebettet gewesen sei. Es handele sich bei ihr um eine langjährig erfahrene Ärztin des Krankenhauses, die seit vielen Jahren auch Notarzteinsätze fahre. Sie sei deshalb nicht nur mit den Organisationsstrukturen innerhalb des Krankenhauses bestens vertraut, sondern auch mit Notfallstrukturen des Rettungsdienstes außerhalb des Krankenhauses.	102
Hinsichtlich des von den Klägern behaupteten Organisationsverschuldens bezüglich der Sicherstellung des Informationsflusses zwischen nichtärztlichen und ärztlichen Mitarbeitern trägt der Beklagte zu 5. vor, das Personal werde fachlich überwacht und geschult. Dazu gehöre auch die Anweisung, Ärzte über Auffälligkeiten zu informieren.	103
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Parteivortrags wird auf die gewechselten Schriftsätze Bezug genommen.	104
In der Berufungsinstanz sind die erstinstanzlich getrennten Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden worden.	105
Der Senat hat die Kläger sowie die Beklagten zu 1. bis 4. persönlich angehört. Er hat Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugin N und zweimalige mündliche Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. X.	106
Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird Bezug genommen auf den Berichterstattevermerk zum Senatstermin vom 7. Oktober 2011 und vom 29. Juni 2012.	107

II.	108
Die Berufungen der Beklagten zu 1. bis 3. haben in der Sache Erfolg, während die Berufungen der Kläger ohne Erfolg bleiben.	109
Den Klägern stehen aus Anlass der Behandlung ihrer Ehefrau und Mutter vom 13. April 2005 im Krankenhaus der Beklagten zu 1. die geltend gemachten Ansprüche gemäß §§ 823, 831, 249, 253 Abs. 2, 844 BGB nicht zu.	110
Fehler der Beklagten zu 2. bis 5. oder anderer Bediensteter der Beklagten zu 1. lassen sich nicht feststellen.	111
I.	112
Insbesondere lässt sich aufgrund der Beweisaufnahme vor dem Senat der vom Landgericht angenommene Befunderhebungsfehler nicht feststellen.	113
Insoweit hat der Sachverständige seine Feststellungen überzeugend ergänzt und revidiert.	114
Keine Zweifel hat der Senat nach der durchgeführten Beweisaufnahme aufgrund der nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen daran, dass bereits zum Zeitpunkt der Einlieferung im Krankenhaus der Beklagten zu 1. eine SAB vorlag. Insoweit hat der Sachverständige deutlich gemacht, dass die Bewusstlosigkeit ex post gesehen bereits eine körperliche Reaktion war, um die stattgehabte Blutung zu stillen.	115
In der Beweisaufnahme erster Instanz haben jedoch weder der Sachverständige noch das Landgericht unterschieden, zu welchem Zeitpunkt welchem der Beklagten welche auf eine SAB hinweisenden Symptome bekannt waren und ob deshalb ggfs. Veranlassung zur Durchführung einer CT-Untersuchung des Schädels bestand. Der Sachverständige und ihm folgend das Landgericht haben vielmehr sämtliche im Laufe des Aufenthalts erst sukzessiv bekannt gewordenen Symptome – die ungeklärte Bewusstlosigkeit, die Nackenschmerzen und die aufgetretenen Kopfschmerzen – in ihrer Gesamtheit berücksichtigt und dabei den Schwerpunkt auf die unklare Bewusstlosigkeit gelegt.	116
Davon ist der Sachverständige bei seiner genaueren Befragung durch den Senat abgerückt. Vielmehr hat er bei der gebotenen schrittweisen Berücksichtigung der jeweils bekannten und erkennbaren Symptomatik nachvollziehbar erklärt, dass erst aufgrund des Hinzukommens der auf der inneren Station erstmals geäußerten Kopfschmerzen zu den zuvor aufgetretenen Symptomen unklare Bewusstlosigkeit und Nackenschmerzen Veranlassung bestand, die Verdachtsdiagnose Synkope in Frage zu stellen und an eine SAB oder eine andere cerebrale Ursache zu denken.	117
Nach den Krankenunterlagen, die inhaltlich mit den Angaben der Beklagten zu 2. und 3. und der Zeugin N übereinstimmen, geht der Senat davon aus, dass erst gegenüber der Beklagten zu 4., wie in ihrer persönlichen Anhörung angegeben, Äußerungen der Patientin über Kopfschmerzen erfolgten, die sie dann an die Beklagte zu 2. weitergegeben hat. Erst an dieser Stelle der Behandlungskette war ärztlicherseits von starken Kopfschmerzen auszugehen.	118
Soweit die Kläger behaupten, ihre Ehefrau und Mutter habe bereits gegenüber der Zeugin (aufnehmende Ärztin) und dem Beklagten zu 3. über Kopfschmerzen geklagt, haben sie den ihnen obliegenden Beweis dafür nicht erbracht. Es findet sich keine Bestätigung in den Krankenunterlagen.	119

Sowohl die Zeugin als auch der Beklagte zu 3. haben umfangreich und detailliert niedergelegt, über welche Beschwerden die Patientin ihnen gegenüber geklagt hat und welche Befunde sie erhoben haben.	120
Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der in erster Instanz erfolgten Vernehmung des Klägers zu 2. als Zeugen und seinen Angaben anlässlich seiner persönlichen Anhörung durch den Senat. Was die Untersuchung der Patientin durch die Zeugin N und die ihr gegenüber von dieser gemachten Angaben angeht, so konnte der Kläger zu 2. dazu nichts sagen, weil er nach eigenen Angaben erst danach im Krankenhaus eintraf und der Beklagte zu 3. der erste Arzt war, auf den er traf.	121
Er hat auch weder in seiner erstinstanzlichen Vernehmung als Zeuge noch vor dem Senat angegeben, seine Mutter habe gegenüber diesem Beklagten über Kopfschmerzen geklagt. Vielmehr lässt sich seiner Zeugenaussage nur entnehmen, dass sie ihm, ihrem Sohn, gegenüber Kopfschmerzen geäußert hat.	122
Ebensowenig vermag der Senat mit der erforderlichen Sicherheit ein für die Zeugin und den Beklagten zu 3. erkennbares Erbrechen feststellen. Auch insoweit kann der Kläger zu 2. keine Angaben zum Zustand seiner Mutter während der Aufnahmeuntersuchung durch die Zeugin machen. Ob sie überhaupt erbrochen hat und das für den Beklagten zu 3. erkennbar war, ergibt sich aus der Aussage des Klägers zu 2. ebenfalls nicht mit der hinreichenden Sicherheit. Vor dem Hintergrund der dokumentierten und ausführlichen Untersuchungen vermag der Senat das jedenfalls nicht mit der erforderlichen Sicherheit nur aufgrund der Angaben des Klägers zu 2. festzustellen. Sowohl die Zeugin als auch der Beklagte zu 3. haben nachvollziehbar geschildert und dieses auch dokumentiert, dass sie auch auf neurologische Symptome als Hinweis auf die Ursache der Bewusstlosigkeit hin untersucht haben, solche jedoch nicht vorlagen. Es gibt keinen nachvollziehbaren Grund, warum sie den Hinweis, den ihnen Erbrechen als zusätzlicher Umstand vielleicht hätte geben können, nicht wahrgenommen und dokumentiert haben sollten.	123
Es findet sich weder im Aufnahmebefund der Zeugin noch im konsiliarischen Vermerk des Beklagten zu 3. eine Angabe dazu, dass Frau Q überhaupt über Übelkeit geklagt hat.	124
Auf der Basis der festgehaltenen und anhand der Dokumentation feststellbaren Symptome hat der Sachverständige nachvollziehbar erklärt, dass die von der Zeugin im Aufnahmebefund festgehaltenen Symptome – Schwindel und kurzzeitige Bewusstseinsstörung oder Bewusstlosigkeit – sowohl zu einer Synkope – einem Sammelbegriff für Kreislaufstörungen mit häufig internistischer Ursache – als auch zu einer SAB oder anderen neurologischen Erkrankungen passen. Neurologische Auffälligkeiten wurden aber nicht festgestellt. Allein Bewusstlosigkeit und Schwindel reichen nach der Erklärung des Sachverständigen für die Verdachtsdiagnose einer SAB nicht aus. Sie geben auch noch keine Veranlassung zu einer CT-Untersuchung.	125
Soweit von dem Beklagten zu 3. als weiteres Symptom leichte HWS-Beschwerden festgestellt worden seien, geht das zwar eher in die Richtung einer SAB, da die Beschwerden aber ausdrücklich nicht den Grad von Bewegungseinschränkungen erreicht hatten, sei – so der Sachverständige – auch an dieser Stelle und zu diesem Zeitpunkt die Durchführung einer CT-Untersuchung nach dem medizinischen Standard nicht geboten gewesen.	126
Das sei erst bei den auf der Station geäußerten starken Kopfschmerzen der Fall gewesen.	127
	128

Zu diesem Zeitpunkt bestand nach der auf den Ausführungen des Sachverständigen basierenden Überzeugung des Senats das Erfordernis, die Verdachtsdiagnose Synkope in Frage zu stellen und eine SAB oder jedenfalls eine neurologische Erkrankung mit Beteiligung des Gehirns in Betracht zu ziehen und es war eine weitergehende Befunderhebung durch weitere Untersuchungen geboten.

Dass diese weiteren Untersuchungen, zu denen im weiteren Verlauf möglicherweise dann auch eine CT-Untersuchung des Kopfes gehört hätte, aufgrund eines Behandlungsversäumnisses der Beklagten zu 2. nicht erfolgt sind, lässt sich nicht feststellen. Für sie bestand nach ihrer Darstellung, die von der Beklagten zu 4. bestätigt worden ist, gar nicht die Möglichkeit, das als erstes erforderliche Anamnesegespräch mit der Verstorbenen zu führen, ihre Schlüsse daraus zu ziehen und die ggfs. von ihr für erforderlich gehaltenen Untersuchungen zu veranlassen. Dazu passt der Eindruck der Zeugin, wonach Frau Q bereits die Aufnahmeuntersuchung nur sehr unwillig über sich hatte ergehen lassen. Auch der Kläger zu 2. hat der Schilderung, ein Gespräch mit seiner Mutter sei nicht möglich gewesen und sie habe nur nach Hause gewollt, nicht widersprochen. Er hat vielmehr bestätigt, auch er habe nicht versucht, sie zum Bleiben zu bewegen, weil er ihr weitere Gespräche nicht habe zumuten wollen. 129

Vor diesem Hintergrund stellt das Unterlassen weiterer Befunderhebung durch die Beklagte zu 2. keinen Sorgfaltsverstoß dar, denn sie erhielt weder die Gelegenheit zur Erhebung der für eine solche Entscheidung erforderlichen Anamnese noch konnte sie die Patientin zu der erforderlichen Mitwirkung an der erforderlichen Anamnese und sich daran ggfs. anschließenden Untersuchungen zwingen. 130

Vor diesem Hintergrund kann die Frage des Erbrechens und dessen Erkennbarkeit für die Beklagte zu 2. und die Beklagte zu 4. sowie die Frage einer erforderlichen Information der Beklagten zu 2. durch die Beklagte zu 4. dahinstehen, denn allein aufgrund des bestehenden und geäußerten starken Kopfschmerzes als zu der Bewusstlosigkeit, dem Schwindel und der leichten HWS-Beschwerden hinzutretendem Symptom hätte nach entsprechender Erhebung einer Anamnese durch die Beklagte zu 2. das Erfordernis bestanden, an eine neurologische Erkrankung zu denken und die erforderlichen Untersuchungen zu veranlassen. 131

Soweit die Kläger behaupten, das sei auch im Falle des stationären Verbleibens der Patientin nicht erfolgt, können sie auch diesen Beweis nicht erbringen. Dieser Schluss lässt sich jedenfalls nicht aus den von der Zeugin und dem Beklagten zu 3. zunächst weiter vorgesehenen Untersuchungen ziehen. Diese Vorschläge beruhten schließlich auf der Annahme der Verdachtsdiagnose Synkope, die nach den nunmehrigen auf genaueren Feststellungen beruhenden Erklärungen des Sachverständigen zum jeweiligen Zeitpunkt nicht zu beanstanden war. Dass auf der inneren Station und insbesondere von der Beklagten zu 2. bei der gebotenen Anamnese nicht die Notwendigkeit erkannt worden wäre, diese Verdachtsdiagnose in Frage zu stellen und andere Diagnose in Betracht zu ziehen, ergibt sich daraus nicht. 132

II. 133

Es lässt sich auch nicht feststellen, dass die Beklagte zu 2. in einem der Beklagten zu 1. und ggfs. dem Beklagten zu 5. zurechenbaren Weise die gebotene Aufklärung über die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen und die im Falle ihres Unterbleibens möglicherweise bestehenden Gefahren unterlassen hat. Die gebotene therapeutische Aufklärung stellt einen Behandlungsfehler dar und ist von den Klägern zu beweisen (vgl. BGH VersR 1995, 1099; BGH NJW 2005, 427 Rdnr. ; OLG Hamm VersR 2005, 837 Rdnr. 19). 134

- Zwar hat die Beklagte zu 2. die Patientin nach eigenen Angaben weder auf die Fehlerhaftigkeit der Eigendiagnose Migräne noch auf die konkrete Möglichkeit einer SAB oder einer Hirnblutung hingewiesen, jedoch hat sie ihr nach ihrem schlüssigen und vor dem Hintergrund der festgestellten Situation nachvollziehbaren Vortrag mitgeteilt, insbesondere aufgrund der Kopfschmerzen seien weitere Untersuchungen erforderlich. Es könne ja auch etwas Schlimmes dahinterstecken, so dass im Falle der Nichtbehandlung auch Lebensgefahr bestehen könne. 135
- Den ihnen obliegenden Beweis dafür, dass dieser allgemeine Hinweis auf möglicherweise bestehende Lebensgefahr durch die Beklagte zu 2. nicht erfolgt ist, haben die Kläger nicht erbracht. Allein das bloße Bestreiten insbesondere durch den anwesenden Kläger zu 2. reicht insoweit für eine entsprechende Überzeugungsbildung des Senats nicht aus. 136
- Ob dieser Hinweis für eine fehlerfreie therapeutische Aufklärung in der konkreten Situation ausreichend war, weil ein weitergehendes Gespräch mit der Verstorbenen aufgrund ihrer gesundheitlichen Ausnahmesituation und ihres unbedingten Wunsches nach Entlassung nicht mehr möglich war, kann dahinstehen. 137
- Der Sachverständige hat unter Berücksichtigung der konkreten Situation, in der die Verstorbene unbedingt entlassen werden wollte und niemand an sie heran kam, sie sich aber gleichwohl nicht einfach entfernte, sondern zunächst das Formular für die Entlassung auf eigene Verantwortung unterschrieb und zumindest akustisch alles Gesagte aufnehmen konnte, den von der Beklagten erteilten Hinweis als ausreichende therapeutische Aufklärung angesehen. 138
- Dazu hat er nachvollziehbar ausgeführt, der von der Beklagten zu 2. erteilte Hinweis auf die mögliche Gefährlichkeit der noch unbekannten und durch weitere Untersuchungen aufzuklärenden Ursache für die Bewusstlosigkeit und die Kopfschmerzen sei ausreichend, um der Patientin das Erfordernis weiterer Untersuchungen und der Dringlichkeit deutlich zu machen. Dazu habe es nicht des ausdrücklichen Hinweises auf die Fehlerhaftigkeit der Eigendiagnose der Patientin (Migräne) und ein mögliches Geschehen mit Beteiligung des Gehirns bedurft, denn das sei von dem Hinweis auf eine möglicherweise schlimme, weitere Untersuchungen erfordernde Ursache erfasst gewesen. 139
- Doch selbst wenn dieser Hinweis zu allgemein gewesen sein sollte und eine fehlerfreie therapeutische Aufklärung einen ausdrücklichen Hinweises auf die Fehlerhaftigkeit der Eigendiagnose Migräne und eine mögliche Hirnblutung oder eine andere schwere Erkrankung mit Beteiligung des Gehirns und die sich daraus ergebende Notwendigkeit weiterer Untersuchungen erforderte, stellt dieses Unterlassen eines konkreten Hinweises in der konkreten Situation jedenfalls keinen groben Fehler dar. 140
- Den Klägern kommt daher auch bei Annahme einer fehlerhaften therapeutischen Aufklärung keine Beweiserleichterung hinsichtlich der Ursächlichkeit dieses Fehlers für die weitere Entwicklung und den eingetretenen Tod zu, denn nur ein grober Fehler rechtfertigt es, die Kläger vom Nachweis der Kausalität zu entlasten (BGH Z 107, 222 Rdnr. 20; BGH NJW 2005, a.a.O. Rdnr. 10f.). 141
- Den ihnen obliegenden Nachweis, dass eine etwaige therapeutische Sicherheitsaufklärung der Beklagten zu 2. für das weitere Geschehen ursächlich geworden ist, haben die Beklagten nicht geführt. Es lässt sich nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit feststellen. Nach den nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen ist der weitere Verlauf maßgeblich durch die am Nachmittag des selben 142

Tages gegen 16.00 Uhr aufgetretene SAB bestimmt und durch diese Blutung der Hauptschaden gesetzt worden. Dass dieses weitere Geschehen im Fall genauerer therapeutischer Aufklärung durch die Beklagte zu 2. und anschließende Aufnahme auf der inneren Station im Laufe des Vormittags und die sich dann jedenfalls bis zum Mittag hinziehenden erforderlichen Untersuchungen einschließlich eines CT abgewendet worden wäre, hat der Sachverständige bei normalen Abläufen nachvollziehbar als wenig wahrscheinlich bezeichnet.

Er hat vielmehr deutlich gemacht, dass es schon eines eher unwahrscheinlichen optimalen Verlaufs bedurft hätte, wenn die Patientin vor dem Geschehen am Nachmittag überhaupt in einer neuro-chirurgischen Klinik gewesen wäre. Nur in einem solchen Fall hätte die von ihm in erster Instanz mit 50:50 angegebene Chance zur Abwendung des weiteren Geschehens bestanden. 143

III. 144

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 97, 91 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 145

Einer Zulassung der Revision bedurfte es nicht, weil die Sache keine grundsätzliche Bedeutung hat und weder zur Fortbildung des Rechts noch zur 146

Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich ist, § 543 Abs. 2 ZPO. 147

Anmerkung: 148

Die Nichtzulassungsbeschwerde bleibt ohne Erfolg, BGH, Beschluss vom 02.07.2013; VI-ZR 465/12 149