
Datum: 21.03.2017
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 157/16
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2017:0321.26U157.16.00

Vorinstanz: Landgericht Detmold, 1 O 245/14

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 14. Oktober 2016 verkündete Urteil der Zivilkammer I. des Landgerichts Detmold wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufungsinstanz werden der Klägerin auferlegt.

Das angefochtene Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerin darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

1

Gründe

2

I.

3

Die Klägerin begehrt die Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld nach einer ärztlichen Behandlung im Rahmen eines Notarzteinsatzes.

4

5

Am 27.02.2011 benachrichtigte der Zeuge T1, Ehemann der Klägerin, kurz vor 22:00 Uhr den Rettungsdienst des Beklagten zu 1). Diensthabender Notarzt war der Beklagte zu 2), der wenige Minuten nach dem Anruf bei der Klägerin zu Hause erschien. Zugewesen war ebenfalls der Sohn der Klägerin, der Zeuge T2. Zum Zeitpunkt des Eintreffens des Beklagten zu 2) war die Klägerin wach, sie gab jedoch einen schmerzhaften Druck im Nacken an. Der Zeuge T1 erklärte gegenüber dem Beklagten zu 2), dass seine Frau zuvor einige Zeit bewusstlos gewesen sei und sich übergeben habe. Näheres ist zwischen den Parteien streitig.

Der Beklagte zu 2) legte sodann auf Grundlage der Angaben des Zeugen T1 einen venösen Zugang und verabreichte der Klägerin unter anderem ein Medikament gegen Übelkeit sowie eine Infusion. Die Vitalparameter wie Herz, Kreislauf und Atmung wurden ständig überwacht und waren stabil. Der Beklagte zu 2) nahm in seinem Notarztbogen auf, dass die Klägerin wach, ansprechbar und allseits orientiert gewesen sei. Ferner vermerkte er als Verdachtsdiagnose eine „Synkope unklarer Genese“ und veranlasste die Verbringung der Klägerin in das Klinikum der Beklagten zu 3), wo sie von dem diensthabenden Arzt, dem Zeugen X, um 22:43 Uhr aufgenommen wurde. Auch dieser vermerkte in dem Aufnahmebogen, dass die Klägerin wach und orientiert gewesen sei und sich nicht eingenässt habe. Ob dies den tatsächlichen Umständen entsprach, ist zwischen den Parteien streitig.

6

Im Anschluss an die Aufnahme wurde die Klägerin an ein EKG angeschlossen, welches ohne wesentliche Auffälligkeiten ausfiel. Anschließend wurde ein Röntgenbild des Thorax gefertigt. Im Pflegeanamnesebogen wird vermerkt, dass die Klägerin wach, ansprechbar und allseits orientiert gewesen sei. Die Klägerin wurde auf ein Zimmer der Entbindungsstation verlegt. Das Klinikum der Beklagten zu 3) verfügt auch über eine stroke unit für Schlaganfallpatienten.

7

Den weiteren Pflegeprotokollen der diensthabenden Nachtschwester kann entnommen werden, dass die Klägerin gegen 01:15 Uhr erklärt haben soll, dass sich die bereits gegenüber dem Beklagten zu 2) geäußerten Nackenbeschwerden gebessert hätten. Um 03:00 Uhr ist vermerkt, dass die Klägerin schlief. Gegen 05:00 Uhr am 28.02.2011 klagte die Klägerin sodann über Nacken- und Kopfschmerzen, zudem hatte sie erbrochen, worauf der Arzt vom Dienst benachrichtigt wurde. Dieser veranlasste um 05:24 Uhr ein CT, welches um 8:35 Uhr eine Subarachnoidalblutung mit Einbruch des Ventrikelsystems als Zeichen eines beginnenden Liquoraufstaus ergab, woraufhin eine umgehende Verlegung der Klägerin auf die Intensivstation veranlasst wurde.

8

Wenig später wurde die Klägerin auf die Neurochirurgie des Y überführt. Die dortigen Ärzte hielten bei Aufnahme der Klägerin fest, dass diese wach und bewusstseinsklar sei und veranlassten ein so genanntes Aneurysma-Coiling, durch das die Versorgung des Aneurysmas verhindert werden sollte.

9

Die Klägerin hat unter der Behauptung eines Behandlungsfehlers der Beklagten ein Schmerzensgeld von mindestens 120.000 €, fiktive Haushaltsführungskosten i.H.v. 38.799,94 € für die Vergangenheit und 35.645,740 € für die Zukunft sowie pauschale Fahrt-, Medikamenten- und Zuzahlungskosten i.H.v. 2000 € geltend gemacht. Sie hat behauptet, sie habe zu Hause gegen 21:45 Uhr versucht, vom Sofa aufzustehen, sei dann jedoch zusammengebrochen und etwa 2-3 Minuten ohne Bewusstsein gewesen. Nach dem Erwachen habe sie über starke Übelkeit geklagt und bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes mehrfach erbrochen und die Kontrolle über ihre Blase verloren, worüber der Zeuge T1 den Beklagten zu 2) auch in Kenntnis gesetzt habe. Die von dem Beklagten zu 2) niedergeschriebenen Befunde seien falsch, denn es hätten eindeutige Symptome des Schlaganfalls bzw. einer TIA vorgelegen. Im Rahmen des Transfers zum Krankenhaus sei ihr

10

sodann ein plötzlicher „Blitzschlag“ im Nacken widerfahren und sie sei von diesem Zeitpunkt an kaum mehr ansprechbar gewesen. Die anderslautenden Feststellungen in den Dokumentationen entsprächen nicht den tatsächlichen Gegebenheiten. Ein weiterer Fehler sei bei der Übergabe im Hause der Beklagten zu 3) unterlaufen, denn der Beklagte zu 2) habe unvollständige Informationen weitergegeben, so dass keine sachgerechte Untersuchung der Schlaganfallsymptome veranlasst worden sei. So sei auch dem Zeugen X in der Folge ein Diagnosefehler unterlaufen. Dies habe verhindert, dass keine weiteren Befunde erhoben worden seien, obwohl Anhaltspunkte für eine CT und MRT Untersuchung bestanden hätten. Es sei eine Verlegung auf die Stroke Unit sowie eine Gewährleistung engmaschiger Kontrollen angezeigt gewesen. Nach der Verlegung auf ihr Krankenzimmer habe der Zeuge T1 versucht, den diensthabenden Arzt auf die zwischenzeitlich aufgetretenen Kopfschmerzen, den Verlust der Blasenfunktion und die erheblichen Nackenschmerzen aufmerksam zu machen. Bei der Klägerin sei ein Dauerschaden verblieben.

Das **Landgericht** hat die Klage nach Vernehmung von Zeugen und Einholung eines fachanästhesiologischen Gutachtens abgewiesen. Bezüglich der Beklagten zu 1) und 2) könne eine Pflichtverletzung in Form eines Behandlungsfehlers nicht festgestellt werden. Gegenüber dem Beklagten zu 2) stehe Art. 34 GG einer persönlichen Haftung bereits im Ansatz entgegen. Die Klägerin habe den Nachweis eines Behandlungsfehlers im Hause der Beklagten zu 3) nicht erbracht. Soweit bei Wahrunterstellung des klägerischen Vorbringens zum starken Kopfschmerz, Erbrechen und zur vermeintlichen mangelnden Ansprechbarkeit ein neurologisches Konsil, die Verlegung auf die Stroke Unit und die Veranlassung eines CTs angezeigt gewesen wären, müsse insoweit von einem non liquet ausgegangen werden. Sowohl die Angaben der Zeugen T1 und T2 als auch die des gegenbeweislich benannten Zeugen X seien als glaubhaft zu bewerten und bei Hinzuziehung der Angaben der Klägerin und des Beklagten zu 2) im Rahmen ihrer ergänzenden Anhörung könne einer Aussage nicht mehr Glauben geschenkt werden als der anderen. Die Angaben und Einschätzungen zur Frage der Ansprechbarkeit der Klägerin fänden überdies eine Stütze in den ärztlichen Unterlagen, welche von unterschiedlichen Ausstellern herrührten und unabhängig voneinander stets von neuem die Feststellung enthielten, dass die Klägerin wach, ansprechbar und allseits orientiert gewesen sei. Letztlich scheitere ein Anspruch der Klägerin auch daran, dass sich die Hirnblutung selbst bei Unterstellung einer Pflichtverletzung der behandelnden Ärzte der Beklagten zu 3) nicht als kausal für das geplatzte Aneurysma darstelle. Weder eine Verlegung der Klägerin auf die Stroke Unit noch die Veranlassung eines CTS hätten die Hirnblutung verhindern können oder eine frühere Behandlung mit günstigeren Folgen für die Klägerin hätten ermöglichen können. Die lebensnotwendige Operation der Klägerin hätte in keinem Falle früher als am Folgetag durchgeführt werden können. Selbst bei einer gedachten nächtlichen Verlegung der Klägerin in eine neurologische Spezialklinik hätte sich kein anderer Behandlungsablauf ergeben. Die Klägerin habe gerade keinen Schlaganfall erlitten. Bei einem Aneurysma, welches nachfolgend geplatzt sei, bestünden anderweitige Untersuchungs- und Behandlungserfordernisse, die zwangsläufig im Widerspruch zu dem erforderlichen Soforthandeln bei einem Schlaganfall stünden. Einer Aufklärung bezüglich der Möglichkeit eines Schlaganfalles habe es nicht bedurft, da ein solcher nicht vorgelegen habe. Die Klägerin könne sich auch nicht bei dem Beklagten zu 2) als diensthabendem Notarzt schadlos halten. Dieser sei haftungsrechtlich zu privilegieren, weil er hoheitlich in Ausführung eines öffentlichen Amtes tätig geworden sei. Der Beklagte zu 1) sei zwar als Träger des Rettungsdienstes passivlegitimiert, jedoch scheitere dessen Inanspruchnahme nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme daran, dass keine kausale Pflichtverletzung des Beklagten zu 2) festgestellt werden könne.

11

Hiergegen richtet sich die Berufung der **Klägerin**, die ihr erstinstanzliches Begehren vollumfänglich weiter verfolgt. Die Beweiswürdigung des Landgerichts halte einer Überprüfung nicht stand. Die Ausführungen der klägerseits benannten Zeugen seien eindeutig plastischer, detailreicher und besser nachvollziehbar gewesen. Bei der Klägerin hätten mit Ausnahme eines Krampfanfalls sämtliche Symptome einer Subarachnoidalblutung (SAB) vorgelegen. Hierauf sei jedoch nicht ordnungsgemäß reagiert worden. Wäre es zu einer ordnungsgemäßen Anamnese gekommen, so wäre seitens des Zeugen X zunächst das für eine SAB bestehende Leitsymptom eines Meningismus, einer schmerzhaften Nackensteifigkeit, ersehen worden. Dass daneben jedoch auch die Symptomatik des Kontrollverlustes über die Blase offenkundig vorgelegen habe, habe sowohl die Parteivernehmung der Klägerin als auch das Zeugnis der Herren T1 und T2 ergeben. Diese hätten ebenso ausgeführt, dass die Klägerin infolge des Blitzschlages in den Nacken nicht mehr ansprechbar gewesen sei. Es wäre seitens des Zeugen X im Rahmen der Anamnese nach den Leitlinien auch erforderlich gewesen, den anwesenden Ehemann, welcher den vorangegangenen Geschehnissen beigewohnt habe, hinsichtlich der Abläufe zu befragen. Eine ordnungsgemäße Risiko-Nutzen-Analyse hätte zu einer unverzüglichen Diagnostik führen müssen, wobei auch bei einer SAB unverzügliches Handeln erforderlich gewesen sei. Die Nichtbeachtung der schriftlichen Ausführung des Beklagten zu 2) bzw. die nicht erfolgte mündliche Abklärung mit diesem, die unzureichende Anamnese sowie das Unterlassen unverzüglicher weitergehender neurologischer Untersuchungen bzw. der CT Diagnostik sei in der Gesamtbetrachtung als grober Befunderhebungsfehler zu werden. Das Vorliegen des groben Behandlungsfehlers bedinge eine Beweislastumkehr betreffend die Kausalität. Die entsprechende Leitlinie zur SAB bedinge nicht nur eine akute Diagnostik sondern auch das Erfordernis einer Akuttherapie. Die Klägerin hätte unverzüglich in ein neurovaskuläres Zentrum verlegt werden können. Stattdessen habe bis zum Folgemorgen keine entsprechende Diagnostik stattgefunden. Der Sachverständige habe nicht ausschließen können, dass eine frühere Intervention Schlimmeres verhindert hätte, wobei insoweit aber die ergänzende Einholung eines neurologischen bzw. neurochirurgischen Gutachtens erforderlich sei. Die Haftung der Beklagten zu 1) und 2) ergebe sich daraus, dass der Beklagte zu 2) zum einen wesentliche Symptome wie den Kopfschmerz sowie den Kontrollverlust über die Blase nicht dokumentiert habe. Zum anderen sei diesem zusammen mit der Beklagten zu 3) die Verletzung eines voll beherrschbaren Risikobereiches zum Vorwurf zu machen, als dass es im Rahmen der Übergabe der Klägerin eines Gespräches unter den Ärzten bedurft hätte. Dann hätten die Kenntnis um den Bewusstseinsverlust sowie die starken Schmerzen auch eine Befragung der Angehörigen erfordert, um bereits zu diesem Zeitpunkt zumindest eine genaue Verdachtsdiagnose als weiteres Handlungserfordernis beschreiben zu können.

- | | |
|--|----|
| Die Klägerin beantragt, | 13 |
| unter Abänderung des Urteils des Landgerichts Detmold vom 14.10.2016 (Az. 1 O 245/14), | 14 |
| 1. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Festsetzung der Höhe nach in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz auf den zuerkannten Betrag seit dem 10.06.2014; | 15 |
| 2. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihr sämtliche aus der fehlerhaften Behandlung resultierenden weiteren materiellen Schäden der Vergangenheit und Zukunft sowie die nicht vorhersehbaren immateriellen Zukunftsschäden zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger und sonstige Dritte übergehen | 16 |

und/oder übergegangen sind;

3. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, sie von den nach dem RVG nicht konsumierten außergerichtlichen Kosten der Klägerin bei den Prozessbevollmächtigten in Höhe von 3.450,46 € nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 10.06.2014 im Wege der Nebenforderung freizustellen. 17

Die **Beklagten** beantragen, 18

die Berufung zurückzuweisen. 19

Die **Beklagten** verteidigen die angefochtene Entscheidung. Die Klägerin erkenne den wesentlichen Kausalitätsaspekt. Selbst wenn man nur unterstelle, dass eine SAB früher diagnostiziert worden wäre, hätte sich an der Verlegung in das nachbehandelnde Klinikum und der Operation nichts geändert. Die Klägerin verwechsle nach wie vor die Erkrankungen eines akut durch Lysetherapie zu behandelnden Schlaganfalles mit einer SAB. Die Berufung gegenüber der Beklagten zu 1) und 2) sei bereits unzulässig, da der Notarzt öffentlich rechtlich tätig sei und hinsichtlich der Beklagten zu 1) die im Verweisungsprivileg des § 839 Abs. 1 S. 2 BGB enthaltene Subsidiaritätsklausel greife. Überdies sei die notärztliche Versorgung und präklinische Behandlung in jeder Hinsicht korrekt gewesen. Ohnehin sei eine Haftung der Beklagten dem Grunde nach nicht gegeben. Eine Haftung scheide in jedem Falle unter Kausalitätsaspekten aus, weil sich selbst bei früherer Diagnostik die Zeitabläufe in keiner Weise geändert hätten und sich kein anderer Verlauf gezeigt hätte. Gerade die angezeigte invasive Diagnostik mit einer Angiographie wäre auch in einem Klinikum der Maximalversorgung auf den folgenden Tag verlegt worden. Es liege auch kein Behandlungsfehler im Hinblick auf eine unzutreffende Diagnostik vor. Dabei greife nicht nur das vom Landgericht in den Raum gestellte non liquet. Vielmehr sei der hier vorliegenden medizinischen Dokumentation bis zum Nachweis des Gegenteils Glauben zu schenken. Es gehe nicht an, dass die Klägerin immer wieder angebliche Geschehnisse und Symptome konstruiere, die der medizinischen Dokumentation widersprächen. Der dokumentierte einmalige Druck im Nacken bei voller Ansprechbarkeit und unstreitig nicht vorhandenen fokalen neurologischen Zeichen sei ein völlig unspezifisches Beschwerdebild. Selbst nach dem Vortrag der Klägerin und den Schilderungen der Zeugen sei kein Vernichtungskopfschmerz beschrieben, wie er für eine SAB typisch wäre. Ohnehin seien nicht die Regelungen eines Befunderhebungsfehlers anzuwenden, vielmehr greife die Sperrwirkung des Diagnoseirrtums. Die Diagnose einer Synkope sei aber aus Sicht ex ante vertretbar gewesen. 20

Der Senat hat die Klägerin und den Beklagten zu 2) persönlich angehört. Ferner hat der Sachverständige Dr. C sein Gutachten mündlich erläutert und ergänzt. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf das Sitzungsprotokoll vom 21.03.2017 und den Berichterstattevermerk vom selben Tag verwiesen. 21

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, insbesondere auch des Wortlautes der erstinstanzlich gestellten Anträge, wird auf die angefochtene Entscheidung sowie die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 22

II. 23

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber nicht begründet. 24

Das Landgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die von der Klägerin geltend gemachten Ansprüche auf Schmerzensgeldzahlung und Feststellung zukünftiger Ersatzpflicht 25

stehen ihr nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu.

Der Senat stützt sich dabei aus den nachfolgenden Gründen auf die erstinstanzliche Begutachtung durch den gerichtlichen Sachverständigen Dr. C und dessen Ausführungen bei seiner Anhörung vor dem Senat. Der Sachverständige hat den Sachverhalt unter Berücksichtigung sämtlicher Behandlungsunterlagen vollständig ausgewertet und hat seine Bewertung dem Senat widerspruchsfrei und überzeugend unter Bezugnahme auf die einschlägigen medizinischen Leitlinien dargelegt. 26

Ohne Erfolg legt die Klägerin den Beklagten auch im Berufungsverfahren weiterhin Behandlungsfehler in Zusammenhang mit dem Notarzteinsatz vom 27.02.2011 und der anschließenden stationären Behandlung im Klinikum der Beklagten zu 3) zur Last. 27

1. 28

Dabei hat das Landgericht zutreffend festgestellt, dass einer persönlichen Haftung des **Beklagten zu 2)** als diensthabendem Notarzt im Rettungseinsatz Art. 34 GG entgegensteht. Dieser ist haftungsrechtlich privilegiert, weil er hoheitlich in Ausübung eines öffentlichen Amtes tätig geworden ist. Der Rettungsdienst in NRW ist nach § 2 Abs. 1, § 6 RettG NRW öffentlich-rechtlich ausgestaltet. In diesem Fall ist Anspruchsgegner der verantwortliche Träger des Rettungsdienstes. 29

2. 30

Eine Haftung des **Beklagten zu 1)** als Träger des Rettungsdienstes gemäß § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG, § 6 RettG NRW scheitert daran, dass die Klägerin eine kausale Pflichtverletzung des Beklagten zu 2) als diensttuendem Notarzt nicht zu beweisen vermochte. 31

a) Der Beklagte zu 2) musste als Notarzt im Rahmen der medizinischen Erstversorgung der Klägerin entscheiden, ob eine stationäre Einweisung erforderlich ist sowie ob Akutmaßnahmen getroffen werden müssen. 32

Nachdem für den Beklagten zu 2) die differenzialdiagnostischen Möglichkeiten vor Ort sehr beschränkt gewesen sind, hat der Sachverständige die von diesem nach Untersuchung der Klägerin gestellte und im Notfallprotokoll vom 27.02.2011 vermerkte Erstdiagnose „*Synkope unklarer Genese*“ als medizinisch absolut vertretbar bezeichnet. Er hat im Senatstermin nochmals erläutert, dass man auf die Angaben der Klägerin und deren Angehörigen noch keine spezifische Diagnose stützen konnte. Dabei ist selbst die – zwischen den Parteien streitige – Angabe der Klägerin, einen „Blitzschlag“ erlitten zu haben, nur sehr unspezifisch und lässt keinen konkreten Verdacht auf das Vorliegen einer SAB zu. Insgesamt haben sich für den Sachverständigen keinerlei Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die notärztliche Versorgung unzureichend gewesen ist. 33

Die Klägerin vermochte auch ihren Vorwurf hinsichtlich des Notfalleinsatzes des Beklagten zu 2) nicht zu beweisen, wichtige gesundheitliche Beeinträchtigungen der Klägerin in vorwerfbarer Weise nicht dokumentiert und an die Ärzte der Beklagten zu 3) weitergeleitet zu haben. Die Klägerin wirft dem Beklagten zu 2) als diensthabendem Notarzt vor, fehlerhaft wesentliche Symptome wie den Kopfschmerz sowie den Kontrollverlust über die Blase nicht dokumentiert zu haben. Zudem behauptet sie, bei Eintreffen des Notarztes nicht ansprechbar gewesen zu sein. Der Beklagte zu 2) hat im Notfallprotokoll angegeben „*Beim Aufwachen sofort klar und orientiert*“. Ferner hat er ausdrücklich sogar als Zitat in Anführungszeichen 34

dokumentiert: „*Druck und Ziehen im Nacken*“. Seinen Angaben im Rahmen der persönlichen Anhörung nach, hat ihm die Klägerin selbst vor Ort von plötzlichen Schmerzen im Nacken berichtet. Auch die Klägerin selbst hat bei ihrer Anhörung nichts von Kopfschmerzen gesagt. Demgegenüber will der Zeuge T1, Ehemann der Klägerin, dem Beklagten zu 2) von starken Kopfschmerzen der Klägerin berichtet haben sowie darüber, dass sich diese eingenässt hatte. Das Einnässen ist auch vom Zeugen T2, Sohn der Klägerin, bestätigt worden. Dieser konnte dagegen bzgl. etwaiger Kopfschmerzen keine Angaben machen; seinen Bekundungen nach war die Klägerin die ganze Zeit über nicht ansprechbar. Demgegenüber soll sich die Klägerin bis zu dem in Anwesenheit des Beklagten zu 2) erfolgten „Blitzschlag“ noch ausreichend artikuliert haben.

Das Landgericht ist nach Durchführung der Beweisaufnahme in nicht zu beanstandender Weise von einem non liquet ausgegangen und hat die ärztliche Dokumentation nicht als widerlegt angesehen. Der Beklagte zu 2) hat nach Befragung der Angehörigen und Untersuchung der Klägerin einen ausführlichen Erstbefund verfasst. Es spricht viel dafür, dass er auch fehlende Ansprechbarkeit, starke Kopfschmerzen und ein Einnässen erfasst hätte, wenn ihm dies zur Kenntnis gebracht worden wäre. Der Senat hat auch letztlich keine Zweifel, dass die Klägerin selbst in der Lage war, sich gegenüber dem Beklagten zu 2) – wie von diesem angegeben – zu ihren Beschwerden zu äußern. Vor allem aber ist maßgeblich, dass selbst nach Angabe der Klägerin und den Bekundungen der Zeugen T nichts dafür spricht, dass bei der Klägerin ein Kopfschmerz in der Intensität eines Vernichtungsschmerzes vorgelegen hat. Kann danach von dem für eine SAB typischen Vernichtungsschmerz nicht ausgegangen werden, lagen nach Angabe des Sachverständigen keine hinreichenden Anhaltspunkte für einen konkreten Verdacht auf das Vorliegen einer SAB vor. 35

Es gibt auch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beklagte zu 2) im Rahmen der Übergabe im Haus der Beklagten zu 3) kein (ordnungsgemäßes) Übergabegespräch mit dem Zeugen X geführt hat. Auch wenn sich der Beklagte zu 2) an das konkrete Gespräch aufgrund des Zeitablaufs nicht mehr zu erinnern vermochte, hat dieser nachvollziehbar dargelegt, dass er das Notarztprotokoll in der Nacht an den behandelnden Arzt übergeben hat und dass in einem solchen Fall regelhaft zwischen ihm und dem aufnehmenden Arzt noch ein Gespräch stattfindet. Es besteht keine Veranlassung, dies in Zweifel zu ziehen. Zudem hat der Zeuge X korrespondierend hierzu bekundet, dass ihm der Beklagte zu 2) bei der Übergabe berichtet habe, dass die Klägerin eine Synkope gehabt hätte. Auch der Sachverständige vermochte keinen Hinweis auf eine fehlende bzw. mangelhafte Übergabe zu erkennen. 36

b) Mangels Nachweises einer Pflichtverletzung im Rahmen des Notarzteinsatzes kommt es im Streitfall nicht mehr darauf an, dass den Beklagten zu 1) als zuständigem Träger öffentlicher Gewalt nach § 839 Abs. 1 S. 2 BGB i.V.m. Art. 34 GG ohnehin nur eine subsidiäre Haftung trifft. Die Unmöglichkeit, anderweitigen Ersatz zu erlangen, bildet einen Teil des Tatbestandes, aus dem der Amtshaftungsanspruch hergeleitet wird. Danach besteht – im Falle fahrlässigen Handelns – kein Ersatzanspruch, solange und soweit eine erfolgsversprechende anderweitige Ersatzmöglichkeit in Betracht kommt (vgl. Palandt-Sprau BGB 76. Aufl. § 839 Rdn. 54). 37

3. 38

Es kommen mangels Nachweises eines Behandlungsfehlers auch gegenüber der **Beklagten zu 3)** weder vertragliche Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag gemäß §§ 611, 280 Abs. 1, 278, 249, 253 Abs. 2 BGB noch deliktische Ansprüche gemäß §§ 823 Abs. 1, 831, 249, 253 Abs. 2 BGB in Betracht. 39

Ohne Erfolg wirft die Klägerin die Klage gegen die Beklagten zu 3) im Berufungsverfahren weiterhin vor, nach der stationären Aufnahme die erforderlichen diagnostischen Maßnahmen nicht rechtzeitig ergriffen zu haben.

a) Es bestehen keine Anzeichen für eine unzureichende Anamnese. Soweit die Klägerin behauptet, es hätten mit Ausnahme eines Krampfanfalls sämtliche Symptome einer Subarachnoidalblutung (SAB) vorgelegen, zeigen die dokumentierten Symptome nach Angabe des Sachverständigen gerade keine eindeutigen Hinweise für das Vorliegen einer SAB. 41

Das Landgericht hat auch insoweit nach der Beweisaufnahme die Dokumentation besonders im Hinblick auf die Ansprechbarkeit der Klägerin nicht als widerlegt angesehen. Der Beklagte zu 2) hat noch im Notarztprotokoll dokumentiert, dass der Zustand der Klägerin bei Übergabe „verbessert“ war und dass diese „konservationsfähig“ gewesen ist. Im Aufnahmebogen der Beklagten zu 3) ist dokumentiert, dass keine neurologischen Auffälligkeiten vorgelegen haben; die gezielte Frage nach Schmerzen wurde danach verneint. Der Untersuchungsbefund in dem Bogen bezeichnet die Bewusstseinslage der Klägerin als „wach, orientiert“. Zur Untersuchung des Nervensystems wurde auch hinsichtlich des Unterpunktes Meningismus eingetragen: „grob neurologisch o.B.“. All dies korrespondiert auch mit dem Pflegetagebuch vom 28.02.2011, wo um 00:30 Uhr dokumentiert ist: „wach, ansprechbar, orientiert zeitlich, örtlich, persönlich, situativ. Kommunikation: Sprache...ohne Einschränkung. Schmerzen; ja Lokalisation Nacken.“ 42

Angesichts dieser dreifachen, inhaltlich übereinstimmenden Dokumentation ist es nicht zu beanstanden, dass das Landgericht nach der Beweisaufnahme von einem non liquet ausgegangen ist und die Dokumentation nicht als erschüttert angesehen hat. Die Angaben und Einschätzungen zur Frage der Ansprechbarkeit der Klägerin finden danach eine Stütze in den ärztlichen Unterlagen, welche von unterschiedlichen Ausstellern herrühren und unabhängig voneinander stets von neuem die Feststellung enthalten, dass die Klägerin wach, ansprechbar und allseits orientiert gewesen sei. Überdies hat der Zeuge X bekundet, dass die Klägerin bei der Anamnese die Fragen nach ihren Beschwerden selbst beantwortet hat. Soweit die Klägerin einen übersehenen Meningismus moniert, hat der Zeuge X dies hierzu dokumentiert, dass keine neurologischen Defizite vorgelegen haben. Seinen Erinnerungen nach hat die Klägerin ihm lediglich leichte Kopfschmerzen geschildert. 43

Der Sachverständige hat im Senatstermin nochmals bestätigt, dass sich für ihn nach der Dokumentation keine Anhaltspunkte für eine unzureichende Anamnese ergeben haben. Er hat auch darauf verwiesen, dass sich nach dem Untersuchungsbefund keine besonderen neurologischen Auffälligkeiten gezeigt haben. 44

Soweit die Klägerin ein Gespräch mit den anwesenden Angehörigen im Rahmen der Anamnese als erforderlich ansieht, hat der Sachverständige eine Anhörung der Angehörigen immer für sinnvoll gehalten, wenn ein Patient mit fraglichen Symptomen durch einen Notarzt eingeliefert wird. Einen konkreten Behandlungsfehler hat er in einer unterbliebenen Anhörung aber nicht gesehen. Zudem ist im Streitfall zu beachten, dass sowohl der Beklagte zu 2) – der unstreitig mit den Angehörigen gesprochen hat –, als auch der Zeuge X angegeben haben, mit der Klägerin selbst gesprochen zu haben. Weiterhin hat der Zeuge T1 ausdrücklich bekundet, er habe im Krankenhaus „selber dem Arzt noch einmal alles geschildert, was bei uns zu Hause passiert war“. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass ein Gespräch mit den Angehörigen stattgefunden hat. 45

b) Nach der ergänzenden Beweisaufnahme ist auch nicht davon auszugehen, dass nach stationärer Aufnahme der Klägerin eine unzureichende oder verspätete Diagnostik erfolgt ist. 46

Die Klägerin behauptet, es sei seitens der Beklagten zu 3) nicht ordnungsgemäß auf die vorhandenen Symptome reagiert worden. Sie hält die sofortige Abhaltung eines neurologischen Konsils, die Verlegung auf die stroke unit und die Vornahme eines CT aus differenzialdiagnostischer Sicht für zwingend erforderlich. Eine ordnungsgemäße Risiko-Nutzen-Analyse hätte ihrer Auffassung nach zu einer unverzüglichen Diagnostik führen müssen.	47
Nach der nachts erfolgten stationären Aufnahme sind bei der Klägerin nach Angabe des Sachverständigen sämtliche Standarduntersuchungen und diagnostischen Maßnahmen für die beschriebene Beschwerdesymptomatik und deren häufigste Ursachen durchgeführt worden. Weitere Untersuchungen zur Differenzialdiagnose (u.a. ein neurologisches Konsil) sind ordnungsgemäß für den Folgetag angeordnet worden. Da die Klägerin unspezifische Symptome aufgewiesen hat, hat der Sachverständige aufgrund des unauffälligen EKG's und der dokumentierten unauffälligen neurologischen Situation die Diagnose Synkope bis zur endgültigen Abklärung als vollkommen korrekt angesehen.	48
Die Klägerin wies gerade keine eindeutigen Symptome für einen Schlaganfall oder eine TIA auf. Es ging tatsächlich um die Behandlung einer SAB, wobei die primäre Blutung zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme der Klägerin bereits eingetreten war. Die medizinisch erforderliche sichere differenzialdiagnostische Abklärung der Beschwerden ist nach stationärer Aufnahme der Klägerin und Erstuntersuchung in letztlich nicht zu beanstandender Weise für den folgenden Morgen veranlasst worden.	49
aa) Ausgehend davon, dass die Klägerin wie dokumentiert bei der stationären Aufnahme und auf der Station allseits orientiert und ansprechbar gewesen ist, hat der Sachverständige keine Veranlassung zu sofortigen weiteren diagnostischen Maßnahmen gesehen. Es war im Rahmen des maßgeblichen Facharztstandards medizinisch verstretbar, das CT im Rahmen des für den Folgetag anberaumten neurologischen Konsils durchzuführen. Der behandelnde Arzt hat zutreffender Weise die Indikation für ein neurologisches Konsil und ein CT gestellt. Soweit er ausweislich der dokumentierten Untersuchung das neurologische Beschwerdebild als nicht akut angesehen hat, ist dies unter Berücksichtigung der ex ante Sicht nicht zu beanstanden.	50
Auf die Veränderung des Zustands der Klägerin ab 05:00 Uhr des Folgetags ist regelgerecht reagiert und nach Vornahme eines Schädel-CT die Weiterbehandlung nach Diagnosesicherung zielgerichtet in die Wege geleitet worden.	51
bb) Nur für den Fall, dass bei der Klägerin „ausgeprägte“ neurologische Ausfälle bestanden hätten, hat der Sachverständige es als erforderlich angesehen, zeitnah ein neurologisches Konsil durchzuführen und als Standardmaßnahme ein sofortiges CT zu veranlassen. Er hat im Senatstermin aber nochmals klargestellt, dass bei der dokumentierten neurologischen Symptomatik aus der maßgeblichen ex ante Sicht kein zwingender Anlass bestanden hat, ein sofortiges CT anzuordnen.	52
Ohnehin wären diese differenzialdiagnostischen Sofortmaßnahmen letztlich vor allem zum Ausschluss eines Schlaganfalls und zu ggf. sofortigen Einleitung einer Lysetherapie erforderlich gewesen. Die SAB bedurfte demgegenüber gerade keiner sofortigen Behandlungsmaßnahmen.	53
Es fehlten zunächst gerade besondere Auffälligkeiten in Form des typischen Vernichtungskopfschmerzes und eines eindeutigen Meningismus, die auf eine SAB hingewiesen und Anlass zu weitergehender Diagnostik gegeben hätten. Für den Fall, dass	54

die Klägerin – entgegen der maßgeblichen Dokumentation – doch über „stärkste“ Kopfschmerzen geklagt hätte, wäre nach einem neurologischem Konsil und einem CT, welches die SAB gezeigt hätte, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Verlegung der Klägerin auf die stroke unit erfolgt. Insoweit hat der Sachverständige aber dargelegt, dass man auch auf einer stroke unit nicht anderes gemacht hätte, als die Vitalparameter kontinuierlich zu überwachen. Eine Therapie der Erkrankung wäre dort nicht erfolgt.	55
4.	56
Letztlich hätten sich auch aus einer frühzeitigeren neurologischen Diagnostik keine haftungsrelevanten therapeutischen Konsequenzen ergeben, weil die Klägerin ohnehin im Rahmen des optimalen zeitlichen Korridors operativ versorgt worden ist.	57
Das Landgericht hat danach in zutreffender Weise selbst bei Unterstellung einer Pflichtverletzung eine Kausalität für die eingetretenen Folgen verneint.	58
Die SAB ist als Folge eines vorbestehenden Aneurysmas unstreitig bereits vor der stationären Aufnahme der Klägerin eingetreten. Anders als bei einem ischämischen Schlaganfall ist bei der SAB auch keine sofortige Versorgung zur Minimierung des neurologischen Schadens erforderlich. Vielmehr hat in diesem Falle nach Angabe des Sachverständigen eine weiterführende Behandlung in Form der Ausschaltung des Aneurysmas nach den bis heute aktuellen Leitlinien innerhalb von 72 Stunden, nach aktueller Literatur innerhalb eines optimalen Zeitraumes von 24 Stunden zu erfolgen.	59
Im Streitfall ist die Klägerin nach Angabe des Sachverständigen nach erfolgter Verlegung in ein Krankenhaus mit Neurochirurgie noch in dem optimalen Zeitraum von 24 Stunden nach Auftreten der initialen Symptome versorgt worden. Nachdem aber in zeitlicher Hinsicht eine optimale operative Versorgung der Blutung stattgefunden hat, kommt es nicht darauf an, ob bei sofortiger umfassender Diagnostik ggf. eine noch schnellere Versorgung der Klägerin möglich gewesen wäre.	60
Entgegen der Auffassung der Klägerin war aus medizinischer Sicht weder eine sofortige Diagnostik noch eine Akuttherapie erforderlich. Soweit diese darauf abstellt, dass sie in diesem Falle unverzüglich in ein neurovaskuläres Zentrum hätte verlegt werden können, hat der Sachverständige hierzu bereits erstinstanzlich umfassende Angaben gemacht. Die Differenzialdiagnose zwischen einer SAB und einem Hirninfarkt – also einem Durchblutungsstopp – erfordert eine Bildgebung in Form eines CT. Hätte man in Nacht zusätzlich ein CT durchgeführt, wäre die Blutung nach Angabe des Sachverständigen sehr wahrscheinlich diagnostiziert worden. Bei Nachweis einer SAB ist sodann zur Abklärung der Blutungsquelle und Therapie eine Katheter-Panangiographie zwingend erforderlich. Diese sollte wegen des erhöhten Rerupturrisikos nicht innerhalb der ersten 6 Stunden nach initialem Iktus erfolgen. Wegen des konkreten Risikos eines Hirninfarkts bedarf es auch einer Wartezeit von 6 Stunden nach der Durchführung des CT, bevor die Panangiographie diagnostisch möglich ist. Bei spät abends aufgenommenen Patienten ist es daher nach Angabe des Sachverständigen sinnvoll, die Untersuchung auf den nächsten Tag zu verlegen. Dies ist auch insoweit unproblematisch, als selbst nach aktuellster Fachliteratur die Verschließung der aneurysmatischen Blutungsquelle innerhalb von 24 Stunden nach Beginn der SAB-Symptomatik ausreichend ist.	61
Dabei muss bei Verlegungen mitten in der Nacht nach Angabe des Sachverständigen auch immer das Risiko eines notfallmäßig zusammengewürfelten OP-Teams berücksichtigt werden. Selbst bei frühzeitigerer Diagnose der SAB wäre danach eine Verlegung zur	

definitiven Versorgung der SAB höchstwahrscheinlich nicht nachts, sondern am Folgetag erfolgt, um der Patientin eine optimale Behandlung zukommen lassen zu können.

Eine von der Klägerin geforderte „Akuttherapie“ wäre ohnehin nur bei einer – hier unstreitig nicht vorliegenden – massiven lebensbedrohlichen Blutung indiziert gewesen. In diesem Falle hätte man zur Verringerung des Hirndrucks ggf. einen Teil der Schädeldecke operativ entfernen müssen. Der Sachverständige hat im Senatstermin nochmals bestätigt, dass bei der Klägerin eine Akuttherapie aus medizinischer Sicht nicht angezeigt gewesen ist. 62

Nachdem im Falle eines reaktionspflichtigen Befundes nach Durchführung eines CT in Form einer SAB die ordnungsgemäße Reaktion in der Veranlassung eines Coilings des Aneurysmas innerhalb von 24 Stunden nach Eintritt der SAB bestanden hat, ist der Beklagten zu 3) letztlich kein Vorwurf zu machen. Es hätte sich selbst bei etwa fünf Stunden eher erfolgter Diagnostik kein Unterschied ergeben, weil die operative Behandlung der Klägerin hier immer noch im optimalen Korridor von 24 Stunden erfolgt ist. 63

III. 64

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO. 65

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr.10, 711 ZPO. 66

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und auch keine Entscheidung des Revisionsgerichts zur Fortbildung des Rechts oder zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordert. 67