
Datum: 15.11.2004
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Beschluss
Aktenzeichen: 3 U 236/04
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2004:1115.3U236.04.00

Vorinstanz: Landgericht Bochum, 6 O 227/03

Tenor:

In dem Rechtsstreit

weist der Senat nach Beratung darauf hin, daß beabsichtigt ist, die Berufung gem. § 522 Abs. 2 S. 1 ZPO zurückzuweisen.

Es besteht Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 10.12.2004.

G r ü n d e

- | | |
|---|---|
| | 1 |
| Die Berufung hat keine Aussicht auf Erfolg. Die Rechtssache hat auch keine grundsätzliche Bedeutung. Eine Entscheidung des Senates ist auch nicht zur Fortbildung des Rechts oder zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich. | 2 |
| Das Landgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, da weder ein Behandlungsfehler noch ein Aufklärungsverschulden zu Lasten der Klägerin feststellbar ist. Dies ergibt sich aus den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. L, dem Privatgutachten von Prof. Dr. E sowie schließlich den Gutachten von PD Dr. C und Dr. N aus dem Verfahren der Gutachterkommission. Die Berufungsbegründung vermag keine Zweifel an der Richtigkeit der angefochtenen Entscheidung zu begründen. | 3 |
| Keinen Erfolg gibt der Einwand der Klägerin, der Sachverständige Prof. Dr. L2 habe sich bei seiner mündlichen Anhörung widersprüchlich gegenüber seinem schriftlichen Gutachten zur Frage einer Schulterdystokie und deren Behandlung geäußert. Der Sachverständige hat | 4 |

vielmehr bei seiner insoweit maßgeblichen mündlichen Anhörung zutreffend darauf abgestellt, daß nach dem dokumentierten Geburtsverlauf nach der Entwicklung des Kopfes lediglich von einer erschwerten Schulterentwicklung über ca. 20 bis 30 Sekunden aus II. vorderer Hinterhauptlage die Rede ist. Anschließend heißt es dort weiter, daß mit geringfügigem Kraftaufwand durch Zug und Rotation am kindlichen Kopf die vordere (linke) Schulter entwickelt wird (Vorgehen nach Martius). Nachdem der Gutachter im schriftlichen Gutachten noch das Vorliegen einer kompletten Schulterdystokie zur Grundlage seiner Beurteilung gemacht hatte, ist er im Termin vom zutreffenden Ansatz ausgegangen. Demgemäß ist auch nicht zu beanstanden, wenn er ausführt, daß insoweit nicht von einem Fehler der Beklagten auszugehen sei, da ersichtlich bereits die erste Maßnahme zur weiteren Entwicklung des Kindes ausgereicht habe und ein Manöver nach Mc Robert's nicht mehr erforderlich war. Ob bei der Klägerin überhaupt schon eine vollständige Schulterdystokie vorlag (zweifelnd insoweit bereits auch Dr. N – Seite 15 des Gutachtens vom 31.10.2002 -), wenn die Entwicklung der vorderen Schulter allein durch das Manöver nach Martius bewirkt werden konnte, kann im vorliegenden Fall dahinstehen, da auch bei Annahme einer leichten Dystokie kein Behandlungsfehler feststellbar ist. Auch ansonsten sind nach den vorliegenden Gutachten keine Behandlungsfehler in Bezug auf den Geburtsvorgang feststellbar. Insbesondere geht die Berufung fehl, wenn sie sich auf die Anwendung des Kristeller-Handgriffs beruft. Es ist unter Berücksichtigung aller Unterlagen, einschließlich der Stellungnahme des Beklagten zu 2) vom 13.02.2002 (Bl. 31 ff. GA) und der Geburtsdokumentation, keinerlei Anhaltspunkt ersichtlich, daß bei der Klägerin nach Eintritt der ohnehin fraglichen Schulterdystokie kristellert worden wäre.

Ferner kann sich die Klägerin nicht auf etwaige Unzulänglichkeiten in der Dokumentation berufen. Der Privatgutachter Prof. Dr. E hat die Dokumentation der geburtshilflichen Operation lediglich als extrem knapp bezeichnet. Die Angaben zum zweimaligen Abgleiten der Vakuum-Pelotte sowie zum kompletten Stromausfall hat er als nicht ausreichend beanstandet. Hieraus folgt jedoch kein haftungsrechtlich relevanter Dokumentationsmangel, da die als unzureichend kritisierten Punkte für die eingetretene Gesundheitsschädigung der Klägerin nicht von Bedeutung waren und nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. L2 keine Auswirkungen hatten. Dies wird auch von der Berufung nicht angegriffen. Ergänzend ist noch darauf zu verweisen, daß abweichend von Prof. Dr. E nicht ein Zeitraum von 55 Minuten, sondern lediglich von 15 Minuten betroffen war (statt 14.45 Uhr heißt es in der Dokumentation richtig 14.05 Uhr) und auch die Erläuterungen des Beklagten zu 2) aus seiner eingehenden Stellungnahme zu den in der Klinik geltenden Standards und Üblichkeiten bei der Beurteilung der Dokumentation mit zu berücksichtigen sind.

Auch die Aufklärungsrüge der Klägerin bleibt ohne Erfolg. Wie der Senat bereits wiederholt (vgl. etwa VersR 1990, 52, 53; 2001, 247, 248 sowie zuletzt durch Urteil vom 08.03.2004 – 3 U 125/03) in Übereinstimmung mit dem Bundesgerichtshof (vgl. NJW 1993, 1524 sowie 2372 f.) und weiteren Oberlandesgerichten (vgl. etwa OLG Stuttgart VersR 1989, 519, 520; OLG Schleswig VersR 2000, 1544, 1545; OLG Braunschweig NJW-RR 2000, 238) entschieden hat, besteht keine grundsätzliche Aufklärungspflicht des Arztes über die Möglichkeit einer Schnittentbindung. Vielmehr ist die Wahl der Entbindungsmethode grundsätzlich Sache des Arztes. Eine Aufklärung der Schwangeren über die Möglichkeit einer Schnittentbindung muß nur erfolgen, wenn sie aus medizinischer Sicht indiziert ist, weil für das Kind bei einer vaginalen Geburt ernst zu nehmende Gefahren drohen und daher im Interesse des Kindes gewichtige Gründe für eine Schnittentbindung sprechen, wobei diese auch unter Berücksichtigung der Konstitution und Befindlichkeit der Mutter in der konkreten Situation eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellen muß (BGH NJW 2004, 1452, 1454). Ein solches Risiko ist angesichts der erheblichen Risiken eines Kaiserschnitts für die Mutter

5

6

nicht schon bei einem überdurchschnittlich großen Kind gegeben, auch wenn bei diesem ein erhöhtes Risiko einer Schulterdystokie bestehen sollte. Erst wenn weitere Umstände hinzutreten, die das Risiko einer Schulterdystokie als wesentlich erhöht erscheinen lassen, besteht eine Beratungs- und Aufklärungspflicht (vgl. auch Senat VersR 1992, 1403 sowie zuletzt Urteil vom 08.03.2004 – 3 U 125/03 -).

Nach keinem der vorliegenden Gutachten ist danach unter Berücksichtigung der maßgeblichen rechtlichen Anforderungen eine Situation gegeben, bei der eine Aufklärungsverpflichtung wegen des Vorhandenseins einer echten Alternative zu bejahen wäre. Der dem Senat aus anderen Verfahren als besonders qualifiziert und kompetent bekannte Prof. Dr. E hat unter Berücksichtigung des geschätzten Geburtsgewichtes von 4100 g sowie auch des tatsächlichen Geburtsgewichtes von 4400 g und der Gestationsdiabetes die Entscheidung zur vaginalen Geburt nicht als fehlerhaft eingestuft und keinen zwingenden Anhalt für die Planung einer primären Schnittentbindung gesehen. Hierbei hat der Sachverständige – in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen des Senats aus anderen Verfahren – speziell darauf verwiesen, daß in den letzten Jahren das insoweit relevante Geburtsgewicht des Kindes auf 4500 g und darüber festgelegt worden ist. Demgemäß ist auch von anderen kompetenten Sachverständigen vor dem Senat in jüngerer Vergangenheit ausgeführt worden, daß erst bei einem kindlichen Schätzwert über 4500 g ein derart gehäuftes Auftreten von Schulterdystokien besteht, daß eine Aufklärungspflicht über den Kaiserschnitt als Alternativentbindungsmethode in Betracht kommen kann.

7

Die Sachverständigen PD Dr. C und Dr. N – der lediglich einen abweichenden und mit der oben dargestellten Rechtsprechung nicht vereinbaren rechtlichen Ansatz vertritt – haben in der Sache ebenfalls die Voraussetzungen für eine Aufklärungspflichtigkeit bezüglich einer Schnittentbindung verneint. Dr. C war in seinem Gutachten der Ansicht, daß bei einer 1,73 m großen und 83 kg schweren schwangeren Frau bei einem geschätzten Geburtsgewicht von 4100 g kein Kaiserschnitt diskutiert werden müsse (Bl. 40 GA). Dr. N – auf den sich die Klägerin wegen seines unzutreffenden rechtlichen Ansatzes zur Aufklärungspflicht nicht mit Erfolg berufen kann – hat in seinem Gutachten angegeben, daß der betreffende Arzt nach Größe und Gewicht der Kindesmutter völlig zu Recht eine Entbindung mittels Sectio primär als alternative Entbindungsart gar nicht erst ins Auge gefaßt, sondern primär den vaginalen Entbindungsweg gewählt habe (Bl. 60 GA) und der Vorwurf, der Arzt habe das Selbstbestimmungsrecht vernachlässigt, weil er die ernsthafte Alternative einer Entbindung mittels Section nicht erwähnt hat, nicht gerechtfertigt erscheint, da "die präpartale Situation in keiner Weise so gelagert war, daß sich die Schnittentbindung als eine ernsthafte, der Kindesmutter als Entscheidungsmöglichkeit dazustellende Alternative zur vaginalen Entbindung darbot" (Bl. 62 GA).

8

In Übereinstimmung mit den vorgenannten Gutachten hat auch der Sachverständige Prof. Dr. L2 eine Aufklärungsverpflichtung über die Möglichkeit einer Schnittentbindung ausweislich der angefochtenen Entscheidung verneint. Seinen Ausführungen sind ebenfalls keine solchen gravierenden Risiken zu entnehmen, die bei einem Geburtsgewicht von unter 4500 g Anlaß für eine Aufklärung geben konnten. Nach Punkt 5.1.6 seines schriftlichen Gutachtens (Bl. 130 GA) war der Gestationsdiabetes normwertig und das Geburtsgewicht der Kindesmutter nicht als übermäßig groß einzuschätzen. Diese Bewertung ist zutreffend, da bei einer Größe von 1,73 m und einem Gewicht von 83 kg der BMI (= Body-Maß-Index) lediglich knapp 28 kg/qm beträgt. Dieser Wert liegt lediglich leicht oberhalb des Normalbereichs von 20 bis 25 kg/qm und stellt am Ende einer Schwangerschaft keinen besonderen Risikofaktor dar.

9

Ein Aufklärungsversäumnis ist nach alledem nicht zu erkennen.

10

