Oberlandesgericht Hamm, 3 U 41/05

Datum:	07.11.2005
Gericht:	Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper:	3. Zivilsenat
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	3 U 41/05
ECLI:	ECLI:DE:OLGHAM:2005:1107.3U41.05.00

Vorinstanz:	Landgericht Essen, 1 O 293/03

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 24.11.2004 verkündete Urteil der 1. Zivilkammer des Landgerichts Essen wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Klägerin wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagte zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e 1

I. 2

Die am 02.11.2000 geborene Klägerin ist das zweite Kind ihrer Mutter N.. Diese hatte bereits 1998 einen 3700 g schweren Sohn mittels einer sogenannten Vakuumextraktion entbunden. 3

4

Ab der 17. Schwangerschaftswoche – erstmals am 05.06.2000 – stellte der behandelnde Frauenarzt bei der Mutter der Klägerin eine Glukosurie (erhöhte Zuckerausscheidung im Urin) fest. Am 02.11.2000 begab sie sich in das von der Beklagten betriebene evangelische Krankenhaus in H. Dort wurde sie gegen 10.00 Uhr mit Wehentätigkeit und "Verdacht auf relatives Missverhältnis" in die stationäre Behandlung der Frauenklinik aufgenommen. In der Folge wurden die üblichen Untersuchungen einschließlich einer Sonographie durchgeführt. Das Körpergewicht der Kindesmutter betrug 117 kg bei einer Körpergröße von 1,71 m; der Stix-Test ergab eine erhöhte Zuckerausscheidung im Urin. Nach der Ultraschalluntersuchung wurde das Geburtsgewicht der Klägerin per Computer mit 3600 g (plus minus 10 %) berechnet, das von den behandelnden Ärzten aber mit "eher 4000 g" geschätzt wurde.

Um 15.19 Uhr wurde der Kopf der Klägerin geboren, ihre Schulter ließ sich aber nicht entwickeln (Schulterdystokie), weil diese oberhalb der Symphyse hängen geblieben war, so dass es zum Geburtsstillstand kam. 5

Die behandelnde Assistenzärztin informierte um 15.20 Uhr die Oberärztin Dr. H2, die um 15.21 Uhr eintraf. Nach mehrmaligem Mc Roberts-Manöver gelang es, die Schulterdystokie zu lösen. Um 15.28 Uhr konnte die Klägerin entwickelt werden; sie wog 4700 g bei einer Körperlänge von 53 cm. Weil die Klägerin ohne Eigenatmung und Herzaktion war, musste sie reanimiert werden. Um 15.33 Uhr zeigten sich erste Herzreaktionen, ab 15.37 Uhr erfolgten spontane, aber noch unregelmäßige Atemzüge. 6

Die Klägerin erlitt aufgrund der Schulterdystokie u. a. eine komplette Plexusläsion rechtsseitig einschließlich Zwerchfellparese und Atemfunktionsstörung; linksseitig zeigen sich zusätzlich Zeichen einer oberen Plexuslähmung. Es besteht eine sauerstoffmangelbedingte Hirnschädigung und dadurch eine deutliche Entwicklungsretadierung. Die Klägerin ist körperlich und geistig schwer behindert (GdB 100 %). 7

Die Klägerin hat von der Beklagten die Zahlung von Schmerzensgeld sowie die Feststellung der Ersatzpflicht für alle weiteren materiellen und immateriellen Schäden wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung im Zusammenhang mit ihrer Geburt verlangt. Das Landgericht hat die Klage nach Einholung eines schriftlichen Gutachtens nebst ergänzender Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. C2 abgewiesen. Auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil wird gem. § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO C2 genommen. 8

Mit der Berufung macht die Klägerin im Wesentlichen geltend: 9

Es habe die Indikation für eine primäre Schnittentbindung bestanden, weil die behandelnden Ärzte nach den Untersuchungsergebnissen von einem Geburtsgewicht von ca. 4000 g ausgegangen seien, bei der Kindesmutter zusätzlich eine Adipositas bestanden habe und zudem bei ihr eine Glukosurie festgestellt worden sei, was ein zwingender Hinweis auf eine Makrosomie der Klägerin gewesen sei. Die Glukosurie sei bei der Berechnung des Geburtsgewichts unberücksichtigt geblieben; dies habe auch der gerichtliche Sachverständige verkannt. Tatsächlich habe die Kindesmutter schon wegen der Glukosurie als Risikoschwangere behandelt werden müssen, weil sich daraus ein Geburtsgewicht von deutlich über 4500 g errechnet hätte. Diese Fehleinschätzung der Ärzte sei grob behandlungsfehlerhaft gewesen. In jedem Fall sei deshalb die Aufklärung der Kindesmutter über die alternative Möglichkeit der Schnittentbindung erforderlich gewesen; diese hätte sich dann für eine Schnittentbindung entschieden. Bei einer Schnittentbindung wäre es nicht zu den negativen Folgen für die Klägerin gekommen. 10

11

Sowohl der Zeitraum zwischen Alarmierung und Eintreffen der Oberärztin Dr. H2 im Kreißsaal als auch der Zeitraum für das Lösen der Schulterdystokie sei zu lang gewesen. Der Beklagte habe sicherstellen müssen, dass während der Geburt ein mit den Besonderheiten der Geburt makrosomer Kinder vertrauter Facharzt im Kreißsaal anwesend oder kurzfristig erreichbar gewesen wäre.

Die Klägerin beantragt, 12

unter Abänderung des angefochtenen Urteils, 13

1. 14

die Beklagte zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das 15
Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB seit dem 16.04.2004 zu zahlen,

2. 16

festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, ihr einen Zukunftsschaden aus der 17
Behandlung anlässlich ihrer Geburt zu erstatten, soweit Ansprüche nicht auf Dritte übergegangen sind.

Die Klägerin beantragt vorsorglich, 18

das angefochten Urteil aufzuheben und das Verfahren gem. § 538 Abs. 2 Ziff. 4 ZPO an das 19
Landgericht Essen zurück zu verweisen.

Die Beklagte beantragt, 20

die Berufung zurückzuweisen. 21

Sie verteidigt das angfochtene Urteil und macht im Wesentlichen geltend: 22

Der Kindesmutter sei erläutert worden, dass mit einem größeren Kind als bei der ersten 23
Geburt zu rechnen sei; dennoch habe sie gewünscht, die Geburt vaginal fortzusetzen, was auch sachgerecht gewesen sei. Darüber hinaus sei von einer hypothetischen Einwilligung der Kindesmutter auszugehen, diese wäre im Hinblick auf ihre Adipositas und dem nach Schnittentbindung erhöhten Infektionsrisiko dem Rat zur Fortsetzung der vaginalen Entbindung gefolgt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die 24
gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, die im Original beigezogenen Behandlungsunterlagen, das Sitzungsprotokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 07.11.2005 über die ergänzende Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. C2 genommen.

II. 25

Die Berufung bleibt ohne Erfolg. 26

Die Klägerin hat gegen die Beklagte keine Ansprüche auf Zahlung von Schmerzensgeld 27
sowie Feststellung der Ersatzpflicht für etwaige materielle und zukünftige immaterielle Schäden gem. den §§ 823 Abs. 1, 831, 31, 847 a. F. BGB oder – soweit materielle Schäden in Rede stehen – aus Schlechterfüllung des Krankenhausaufnahmevertrages, in dessen

Schutzbereich die Klägerin einbezogen ist, in Verbindung mit § 278 BGB.

Insoweit wird zur Vermeidung von Wiederholungen zunächst auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung verwiesen. Auch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat weder einen Behandlungsfehler noch eine fehlerhafte Aufklärung durch die die Mutter der Klägerin behandelnden Ärzte der Beklagten ergeben; auch ein Organisationsverschulden der Beklagten ist nicht festzustellen. In der medizinischen Beurteilung des Behandlungsgeschehens macht sich der Senat die Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. y eigen, der das Gutachten auch bei seiner Anhörung in zweiter Instanz in jeder Hinsicht fundiert und sachlich überzeugend begründet hat. 28

1. 29

Ein Behandlungsfehler im Rahmen der Geburt vom 02.11.2000 liegt nicht vor. 30

Die Klägerin hat nicht bewiesen, dass die Ärzte der Beklagten bei ihrer Geburt fehlerhaft vorgegangen sind und dadurch die bei ihr bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen verursacht haben. 31

So war es nicht fehlerhaft, die Klägerin vaginal zu entbinden, statt eine Kaiserschnittentbindung durchzuführen. Der Sachverständige hat nach Auswertung der Behandlungsunterlagen festgestellt, dass kein Gesichtspunkt vorhanden war, der gegen das Abwarten des natürlichen Geburtsvorgangs sprach. Aus der – notwendigen und auch durchgeführten – Ultraschalluntersuchung haben sich keine Hinweise für eine Makrosomie der Klägerin und damit für ein erhöhtes Risiko der Entwicklung einer Schulterdystokie ergeben. Die medizinischen Probleme haben sich hier erst nach der Geburt des Kopfes der Klägerin ergeben und waren durch äußere Untersuchungen nicht vorher zu sehen. Weitere vorgeburtliche Untersuchungen – neben der Sonographie – waren nicht angezeigt bzw. medizinisch nicht geboten. 32

Weil den behandelnden Ärzten präpartal das tatsächliche Geburtsgewicht der Klägerin von 4700 g nicht bekannt war und nicht bekannt sein konnte, sondern das geschätzte mittlere Geburtsgewicht von 4000 g (errechnete 3600 g zuzüglich 400 g Sicherheitszuschlag) zugrunde gelegt werden musste, ergab sich keine Indikation zur Durchführung einer primären Sectio. 33

Besondere Umstände, die auf ein erhöhtes Risiko einer Schulterdystokie bei der Klägerin hindeuten würden und die Durchführung eines Kaiserschnitts erforderten, lagen nicht vor. Damit war das bei dem geschätzten Gewicht von 4000 g – evtl. 4400 g – mit der vaginalen Entbindung verbundene Risiko einer Schulterdystokie noch so gering, dass die mit der Schnittentbindung verbundenen Risiken für die Mutter der Klägerin deutlich höher zu gewichten waren. 34

Selbst wenn man annehmen wollte, dass das tatsächliche Geburtsgewicht von 4700 g für die Frage des Vorgehens zu beachten gewesen wäre, hätte auch dieses Gewicht allein keine zwingende Indikation für eine Schnittentbindung begründet (vgl. hierzu OLG Zweibrücken, VersR 1997, Seite 1103; OLG Schleswig, VersR 2000, Seite 1544; OLG Hamm, VersR 2001, Seite 247). 35

Den behandelnden Ärzten kann auch nicht vorgeworfen werden, weitere Untersuchungen zur Bestimmung des Geburtsgewichts unterlassen oder bei der Schätzung des Geburtsgewichts wesentliche Anhaltspunkte nicht berücksichtigt zu haben. 36

Insbesondere lässt sich nicht feststellen, dass die unstreitig vorliegende Glukosurie bei der Schätzung unberücksichtigt geblieben ist. Zwar ist in dem Aufnahmebogen unter der Rubrik "Schwangerschaftsverlauf" die Glukosurie mit "nein" vermerkt worden. Gleichzeitig ist aber im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung eine Glukosurie der Kindesmutter festgestellt worden, was sich aus der Eintragung "Zucker: positiv" im Aufnahmebogen ergibt. Nach den Ausführungen des Sachverständigen ist auch üblich, dass ein solcher Befund – der von der Hebamme unter Verwendung von Glukose-Sticks erhoben wurde – an die behandelnden Ärzte weitergegeben wird. Dafür, dass der behandelnden Oberärztin Dr. H3 die Glukosurie tatsächlich bekannt war, spricht auch ihr Bericht vom 02.11.2000. In diesem hat sie – noch am 02.11.2000 – ausgeführt, dass nach den Angaben im Mutterpaß bereits seit der 17. bzw. 18. Schwangerschaftswoche eine Glukosurie besteht. Schließlich spricht auch die Eintragung "Verdacht auf relatives Missverhältnis" im Aufnahmebogen dafür, dass den Ärzten bekannt war, dass eventuell mit einem makrosomen Kind zu rechnen sei. 37

Der Sachverständige hat dazu ausgeführt, dass die Geburtsgewichtsschätzung mit großen Unsicherheiten behaftet ist, bei denen auch eine Abweichung von mehr als 20 % nicht ungewöhnlich ist. So errechnete sich hier aus der Ultraschalluntersuchung ein Geburtsgewicht von 3600 g (plus minus 10 %), obwohl der klinische Eindruck der behandelnden Ärzte eher für 4000 g (plus minus 10 %) sprach. Damit ist der "Trend nach oben" – so der Sachverständige -, der sich auf der Basis der 3600 g i. V. m. der Glukosurie aufgedrängt hatte, mit der Heraufsetzung des Schätzgewichtes auf 4000 g berücksichtigt worden. Dabei ist die "Korrekturgröße" dieses Sicherheitszuschlags wissenschaftlich weder begründbar noch definiert. 38

Es hat damit die Möglichkeit bestanden, dass ein Kind von mehr als 4000 g, möglicherweise 4400 g, geboren würde. Die Frage einer primären Sectio ist nach den Ausführungen des Sachverständigen aber erst bei Messwerten (Mittelwerte nur nach Ultraschall) von deutlich über 4000 g zu erörtern; erst bei Messwerten von 4500 g und mehr begründet das Gewicht die Indikation für eine primäre Schnittentbindung. 39

In der Gesamtschau hat der Sachverständige, ausgehend von dem errechneten Wert von 3600 g (plus minus 10 %), auch unter Berücksichtigung sämtlicher Faktoren (Adipositas der Mutter, Gewicht des Erstgeborenen, Ergebnis der Ultraschalluntersuchung und der Palpation, Glukosurie) keine zwingende Indikation für eine primäre Schnittentbindung festgestellt. 40

2. 41

Es lässt sich auch nicht feststellen, dass die Ärzte der Beklagten die eingetretene Schulterdystokie nicht sachgemäß oder nicht schnell genug gelöst haben. Den (Original-) Behandlungsunterlagen ist zu entnehmen, dass die Geburt des Kopfes um 15.19 Uhr erfolgte, wie im Senatstermin übereinstimmend festgestellt worden ist: Die behandelnde Assistenzärztin erkannte die Schulterdystokie und informierte um 15.20 Uhr die auf demselben Flur tätige Oberärztin Dr. H3, die um 15.21 Uhr im Kreißsaal eintraf. Die Dystokie konnte durch das Mc Roberts-Manöver gelöst und die Schulter um 15.28 Uhr entwickelt werden. Dieses Vorgehen hat der Sachverständige als "lehrbuchmäßig" bezeichnet; zu keinem Zeitpunkt der Geburt ist der Facharztstandard unterschritten worden. 42

3. 43

Auch die Aufklärungsrüge der Klägerin bleibt erfolglos. 44

45

Wie der Senat bereits wiederholt (vgl. etwa VersR 2001, 247; VersR 90, 52; 3 U 125/03 = Urteil vom 08.03.2004) und in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BGH (NJW 1993, 2372 und 1524) und weiteren Oberlandesgerichten (vgl. etwa OLG Stuttgart, VersR 1989, 519; OLG Zweibrücken, VersR 1997, 1103, OG Schleswig, VersR 2000, 1544; 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 ist nur dann erforderlich, wenn bei vaginaler Geburt dem Kind ernst zu nehmende Gefahren drohen, daher im Interesse des Kindes wichtige Gründe für eine abdominale Schnittentbindung sprechen und diese unter Berücksichtigung auch der Konstitution und der Befindlichkeit der Mutter in der konkreten Situation eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellt (so BGH NJW 2004, 1452 und 3703; 1993, 1524).

Ein solches Risiko ist angesichts der erheblichen Risiken einer Sectio für die Mutter nicht schon bei einem überdurchschnittlich großem Kind gegeben, auch wenn bei diesem ein erhöhtes Risiko einer Schulterdystokie bestehen sollte. Erst wenn weitere Umstände hinzu treten, die das Risiko einer Schulterdystokie als wesentlich erhöht erscheinen lassen, besteht eine entsprechende Beratungs – und Aufklärungspflicht. 46

Derartige Umstände liegen aber im vorliegenden Fall nach den Ausführungen des Sachverständigen nicht vor. Denn erst bei einem geschätzten Geburtsgewicht von über 4500 g besteht ein derart gehäuftes Auftreten von Schulterdystokien, dass eine Aufklärungspflicht über die Schnittentbindung als Alternativentbindungsmethode in Betracht kommen kann. 47

Die prozessualen Nebenentscheidungen resultieren aus den §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 48

Die Revision war nicht zuzulassen. Die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. Der Rechtsstreit hat keine grundsätzliche Bedeutung. Die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichts nicht. 49

Das Urteil beschwert die Klägerin mit mehr als 20.000,-- Euro. 50

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE