
Datum: 13.05.2013
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 151/12
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2013:0513.3U151.12.00

Vorinstanz: Landgericht Siegen, 2 O 448/10

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 27.07.2012 verkündete Urteil der

2. Zivilkammer des Landgerichts Siegen wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Dem Kläger wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagten zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe: 1

A. 2

Der am ###.###.2007 im Krankenhaus der Beklagten zu 1. geborene Kläger macht gegen diese 3
sowie gegen die weiteren Beklagten zu 2. und 3., die seinerzeit als Oberarzt bzw.
Assistenzärztin im Haus der Beklagten zu 1. arbeiteten, Haftungsansprüche aus dem
Geburtsgeschehen geltend.

Nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf mit dem Kläger wurde die Kindesmutter in der 37 + 1 SSW am 18.06.2007 gegen 14.30 Uhr in der Frauenklinik der Beklagten zu 1) wegen einer leichten Blutung nach erfolgter Eingangsuntersuchung stationär aufgenommen. Mittels Ultraschalluntersuchung ermittelte die Beklagte zu 3. ein zu erwartendes Geburtsgewicht des Klägers von 4.200 g. Eine Sonographiekontrolle, die ausweislich der Dokumentation vom Oberarzt Y durchgeführt wurde, bestätigte die Fetometrie mit einem Schätzwert von 4.200 g bis 4.500 g.

Am 18.06.2007 gegen 22.00 Uhr wurde die Kindesmutter wegen einsetzender Wehen in den Kreißsaal verlegt. Bei Geburt des Köpfchens des Klägers um 01.07 Uhr des Folgetages diagnostizierte die Beklagte zu 3., die zusammen mit der Hebamme H die Geburtshilfe leistete, eine Schulterdystokie, die erst mit Eintreffen des Chefarztes Dr. T, das mit 01.13 Uhr dokumentiert ist, gelöst werden konnte. Die Vorgänge zwischen Auftreten der Komplikation und Eintreffen des Chefarztes sind zwischen den Parteien streitig. Um 01.15 Uhr wurde der Kläger mit einem Gewicht von 4.425 g geboren. Er bedurfte wegen bestehender Asphyxie und Bradykardie zunächst der kardiopulmonalen Reanimation. Ab 01.37 Uhr erfolgte durch die notfallmäßig hinzugezogenen Ärzte der Z Kinderklinik die weitere Versorgung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Geburtsverlaufs und der nachgeburtlichen Versorgung wird auf das Partogramm nebst angehefteten drei Blutgasanalysen sowie den vom Chefarzt Dr. T, der Beklagten zu 3. und der Hebamme H unterschriebenen Geburtsbericht, jeweils befindlich in den zu den Akten gereichten Originalkrankenunterlagen, Bezug genommen. 5

Der Kläger hat in I. Instanz geltend gemacht, dass anlässlich der zweiten Gewichtsschätzung auf das Risiko einer Schulterdystokie und die Indikation einer Sectio hätte hingewiesen werden müssen. Jedenfalls bei dem Auftreten der ersten Komplikationen während des Geburtsverlaufs hätte, so meint der Kläger, auf eine Sectio umgeschwenkt werden müssen. Zudem sei auch die Reaktion auf die Schulterdystokie fehlerhaft gewesen. Durch die zu späte Hinzuziehung des Chefarztes Dr. T sei es zu einer Geburtsverzögerung von 20 bis 30 Minuten gekommen. Aufgrund der behandlungsfehlerhaften Vorgehensweise sei bei ihm perinatal eine Sauerstoffunterversorgung mit der Folge einer Hirnschädigung eingetreten. 6

Der Kläger hat beantragt, 7

- 1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, das indes nicht unter 100.000,00 € liegen sollte, nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz hinaus ab Rechtshängigkeit; 89
- 2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtlichen weiteren materiellen wie immateriellen Schaden zu ersetzen, der dem Kläger aus der Fehlbehandlung in der Zeit vom 18. Juni bis 19. Juni 2007 entstanden ist oder noch entstehen wird, sofern die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind. 10

Die Beklagten haben beantragt, 11

die Klage abzuweisen. 12

Sie haben behauptet, der Beklagte zu 2. sei in das gesamte Geschehen nicht involviert gewesen. Zudem sei die geleistete Geburtshilfe entsprechend den Regeln der ärztlichen 13

Kunst erfolgt. Zudem habe der Oberarzt Y, der die zweite sonographische Gewichtsschätzung vorgenommen habe, auf das unter 5 % liegende Risiko einer Schulterdystokie und die Möglichkeit eines Kaiserschnitts aufgeklärt. Diese Möglichkeit sei mit der Kindesmutter nochmals nach Verbringen in den Kreißsaal erörtert worden, wobei diese allerdings auf einer Spontangeburt bestanden habe. Mit Eintreten der Komplikation in Gestalt der Schulterdystokie sei ein Umschwenken auf den Kaiserschnitt nicht mehr möglich gewesen. Zudem sei das - unstreitig – zunächst von der Beklagten zu 3. und der Hebamme H erfolgte und sodann von dem Chefarzt Dr. T fortgeführte Geburtsmanagement fachgerecht erfolgt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des erstinstanzlichen Sachvortrags wird auf den Tatbestand der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. 14

Das Landgericht hat die Klage nach Beweisaufnahme abgewiesen. Zu Begründung ist im Wesentlichen ausgeführt, dass Umstände, aus denen sich ein erhöhtes Risiko für eine Schulterdystokie und damit eine Indikation für eine Sectio ergeben habe, nicht vorgelegen hätten. Dementsprechend habe es auch keiner Aufklärung der Kindesmutter über die Möglichkeit der Sectio als Behandlungsalternative bedurft. Auch auf die Komplikation in Gestalt der Schulterdystokie sei seitens der Beklagten fach- und zeitgerecht reagiert worden. In diesem Zusammenhang sei auch nicht zu beanstanden, dass bei der Geburt zunächst kein Fach-, Ober- oder Chefarzt zugegen gewesen sei. 15

Hiergegen richtet sich die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers. Er wiederholt den Vorwurf, dass eine relative oder sogar zwingende Indikation für einen Kaiserschnitt vorgelegen habe. Der Sachverständige selbst habe unter Berücksichtigung der Gewichtsschätzung einen Kaiserschnitt bereits als relativ indiziert angesehen. Zudem habe es mit dem Zustand nach Schulterdystokie und einer verlängerten Austreibungsphase weitere Risikofaktoren für das Eintreten eines hohen Schultergeradstandes gegeben, unter Berücksichtigung derer ein Kaiserschnitt indiziert gewesen sei. Ferner liege ein fehlerhaftes Geburtsmanagement vor. Ein Behandlungsfehler liege darin, dass der Chefarzt – unstreitig - erst bei Auftreten der Schulterdystokie hinzugerufen worden sei. Angesichts der zu erwartenden Makrosomie habe es der Anwesenheit zumindest eines erfahrenen Oberarztes oder Facharztes während der Geburt bedurft, um Zeitverzögerungen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang sei es auch fehlerhaft gewesen, nicht sofort das schließlich vom Chefarzt Dr. T angewendete Manöver sofort anzuwenden; dies habe zu einer Zeitverzögerung von mindestens 30 Minuten und - entgegen der auf die pH-Werte gestützten Ansicht des Sachverständigen – zu einer Sauerstoffunterversorgung während der Geburt geführt. Den pH-Werten aus Nabelarterie und – vene komme entgegen der Ansicht des Sachverständigen keine Aussagekraft zu, weil die Werte nach Beginn der Reanimationsmaßnahmen unter Beatmung gemessen und zudem handschriftlich korrigiert worden seien. Außerdem lasse sich den Behandlungsunterlagen sehr wohl eine „*schwere Asphyxie perinatal*“ entnehmen; belegt werde dies auch durch die hochpathologischen CTG-Veränderungen mit Dezelerationen des Typs DIP II. Schließlich rügt der Kläger das Unterlassen einer Fetalblutanalyse als Befunderhebungsfehler. Dieser sei eine entscheidende Bedeutung als Beweismittel für den Kläger zugekommen, das ihm nun genommen sei; dies müsse zu Lasten der Beklagten gehen. Ferner macht der Kläger geltend, an die zumindest relative Indikation eines Kaiserschnittes schließe sich ein Aufklärungsverschulden an. Eine Aufklärung über die möglichen Entbindungsmethoden und die jeweiligen Risiken sei nicht erfolgt und auch nicht aktenkundig. 16

Der Kläger beantragt,

17

- 1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, das indes nicht unter 100.000,00 € liegen sollte, nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz hieraus ab Rechtshängigkeit; 120
- 2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtlichen weiteren materiellen wie immateriellen Schaden zu ersetzen, der dem Kläger aus der Fehlbehandlung in der Zeit vom 18. Juni bis 19. Juni 2007 entstanden ist oder noch entstehen wird, sofern die Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind. 21

Die Beklagten beantragen, 22

die Berufung zurückzuweisen. 23

Sie wiederholen und vertiefen im Wesentlichen ihr erstinstanzliches Vorbringen. 24

Der Senat hat die Eltern des Klägers sowie die Beklagte zu 3. persönlich angehört und Beweis erhoben durch ergänzende Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. X. Wegen des Ergebnisses der Anhörung sowie der Beweisaufnahme wird auf die Berichterstattevermerke zu den Senatsterminen vom 28.01.2013 und 13.05.2013 Bezug genommen. 25

B. 26

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. 27

Dem Kläger stehen gegen die Beklagten keine Haftungsansprüche aus dem streitgegenständlichen Behandlungsgeschehen im Haus der Beklagten zu 1. zu. So kann zunächst auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen werden. Auch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat hat weder einen Behandlungsfehler noch eine fehlerhafte Aufklärung der Kindesmutter durch die behandelnden Ärzte ergeben. In der medizinischen Beurteilung des Behandlungsgeschehens macht sich der Senat insoweit die Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. X zu eigen, der sein Gutachten auch bei seiner Anhörung vor dem Senat in jeder Hinsicht fundiert und sachlich überzeugend begründet hat. 28

I. 29

Nach der sowohl in seinem schriftlichen Gutachten vom 09.01.2012 nebst ergänzender Anhörung vor dem Landgericht als auch im Senatstermin erläuterten Bewertung des Sachverständigen Prof. Dr. X gab es zu keinem Zeitpunkt des streitgegenständlichen Behandlungszeitraumes – beginnend mit der stationären Aufnahme der Klägerin am 18.06.2007 im Haus der Beklagten zu 1. und endend mit der Geburt des Klägers um 01.15 Uhr des Folgetages – eine medizinische Indikation für eine Sectio. 30

1. 31

Eine zwingende, zur Fehlerhaftigkeit einer vaginalen Geburt führende Indikation zur Durchführung einer primären Sectio hat der Sachverständige bereits nach seinen Angaben in 32

I. Instanz unmissverständlich für den gesamten streitgegenständlichen Behandlungszeitraum verneint. Denn besondere Umstände, die auf ein derart erhöhtes Risiko einer Schulterdystokie beim Kläger hindeuteten, dass sie die primäre Durchführung einer Sectio erforderten, lagen nicht vor. Die in der Berufungsbegründung erhobenen Angriffe geben, wie der Sachverständige vor dem Senat klargestellt hat, keinen Anlass zu einer abweichenden Beurteilung.

2. 33

Gleichermaßen gab es weder zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme der Kindesmutter noch im weiteren Geburtsverlauf eine relative Indikation für eine Sectio, über die die Kindesmutter als mögliche Behandlungsalternative hätte aufgeklärt werden müssen. Eine solche besteht etwa dann, wenn bei normaler vaginaler Geburt ernst zu nehmende Gefahren für das Kind drohen, daher im Interesse des Kindes gewichtige Gründe für eine Sectio 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). Nach der Entscheidung des BGH vom 17.05.2011 (VersR 2011, 1446 ff.) ist generell eine aufklärungspflichtige echte Alternative zur vaginalen Geburt dann gegeben, wenn eine Schnittentbindung aufgrund besonderer Umstände relativ indiziert ist. Eine derartige medizinisch indizierte, sinnvolle und aufklärungspflichtige Alternative zur Minimierung des Risikos einer vaginalen Geburt war nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen unter Berücksichtigung aller Faktoren hier nicht gegeben. 34

a) 35

Ernstzunehmende Gefahren für das Kind, die eine relative Sectioindikation begründen würden, sind angesichts der erheblichen Risiken einer Sectio für die Mutter vorliegend nicht bereits deshalb zu bejahen, weil der Kläger, der bei einem Geburtsgewicht von 4.425 g in der 37 + 1. SSW die 90. Perzentile überschritten hatte, makrosom war. Weitere Umstände, die das Risiko einer Schulterdystokie als wesentlich erhöht erscheinen ließen und deshalb eine Sectio als medizinisch indizierte Alternativentbindungsmöglichkeit mit der Folge einer entsprechenden Aufklärungspflicht gegenüber der Kindesmutter rechtfertigten, bestanden nicht. 36

aa) 37

Aus den gemessenen kindlichen Parametern ergaben sich keine solchen Umstände. Zwar bewegten sich auch die im Haus der Beklagten zu 1. am 18.06.2007 erfolgten sonographischen Gewichtsschätzungen, zu denen die Beklagte zu 3. dokumentierte „Kopf-Thorax-Diskrepanz, großes Kind“, im Bereich der Makrosomie. Allerdings hat der Sachverständige auf der Grundlage der einschlägigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Empfehlungen zur Schulterdystokie, Erkennung, Prävention und Management – AWMF 015/024), nach denen eine alternative Aufklärung zur Sectio allenfalls bei einem erwarteten Kindsgewicht von 38

≥ 4.500 g angesichts einer Komplikation im Sinne einer Schulterdystokie für angemessen erachtet wird, eine aus dem mit 4.200 g bis 4.500 g geschätzten Geburtsgewicht resultierende relative Sectioindikation verneint. Dass die Geburtsgewichtsschätzung insbesondere in der Nähe des Geburtstermins mit einer großen Fehlerbreite von 10 bis 20 % behaftet ist, führt auch nicht etwa dazu, dass bei einer mittels Ultraschall vorgenommenen Gewichtsschätzung ein entsprechender Zuschlag zu berücksichtigen ist und man auf diese 39

Weise in Gewichtsbereiche gelangt, für die die Leitlinien eine relative Indikation für eine Sectio annehmen. Ein solcher Zuschlag ist – wie der Sachverständige im Senatstermin in Übereinstimmung mit zahlreichen Gutachtern in früheren Verfahren erläutert hat – schon deshalb nicht zulässig, weil die Ungenauigkeit der sonographischen Geburtsgewichtsschätzung gleichermaßen dazu führen kann, dass das tatsächliche Geburtsgewicht deutlich niedriger ist. Die Prognose kann sich daher nur an dem per Ultraschall ermittelten Wert orientieren, ohne einen Auf- oder Abschlag vorzunehmen (vgl. z.B. OLGR Düsseldorf 2009, 137 ff.). Anzumerken ist in diesem Zusammenhang ferner, dass das tatsächliche Geburtsgewicht des Klägers von 4.425 g mit dem prognostizierten Geburtsgewicht von 4.200 g bis 4.500 g gut korrelierte.

Soweit der Kläger mit der Berufung zunächst geltend gemacht hat, der Sachverständige verkenne, dass bei der Kindesmutter der weitere Risikofaktor des Diabetes mellitus vorgelegen habe – für diesen Fall erwägt die vorgenannte Leitlinie die Sectioindikation bei einem Schätzwert von ≥ 4.000 g – hat er diesen Einwand im Senatstermin fallengelassen und klargestellt, dass er versehentlich die mit „Mutter diabetes“ dokumentierte Anamnese der Familie der Kindesmutter als Erkrankung dieser selbst gewertet hatte. In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige klargestellt, dass ein lediglich in der Familie bekannter Fall von Diabetes für die Frage der Indikation einer Sectio nicht maßgeblich ist. 40

Ebensowenig begründeten die kindlichen Parameter in Zusammenhang mit den weiteren, bereits bei stationärer Aufnahme der Kindesmutter gegebenen Umständen - so der mit 18 kg relativ starken Gewichtszunahme der Kindesmutter während der Schwangerschaft und das Gewicht der zuvor geborenen Kinder (3.700 g und 4.100 g) - eine relative Indikation für eine Sectio. Wie bereits in seinem schriftlichen Gutachten hat der Sachverständige im Senatstermin erneut hervorgehoben, dass die Gesamtumstände vor dem Hintergrund des erhöhten Komplikationsrisikos einer Sectio gegenüber einer vaginalen Geburt z.B. in Gestalt von Thrombosen oder Verwachsungen keinen Anlass boten, der Kindesmutter die Sectio als medizinisch indizierte Behandlungsalternative zu empfehlen. Auf der Grundlage dieser Wertung hat der Sachverständige im Senatstermin zugleich unmissverständlich klargestellt, dass die in seinem schriftlichen Gutachten als „ratsam“ bezeichnete Aufklärung der Kindesmutter über die Alternative der Sectio nicht als Bejahen einer medizinischen (relativen) Indikation der Sectio zu verstehen ist, sondern allein zum Ausdruck habe bringen sollen, dass auf etwaige Wünsche der Schwangeren eingegangen werden sollte. Eine allein vor diesem Hintergrund etwaig nicht erfolgte Beratung der Kindesmutter wäre allerdings haftungsrechtlich irrelevant. Nach den eigenen Angaben der Kindesmutter im Senatstermin vom 28.01.2013 ist jedoch mit ihr über einen eventuellen Kaiserschnitt gesprochen worden. 41

bb) 42

Die Indikationslage hat sich auch nicht im weiteren Geburtsverlauf geändert. So hat der Sachverständige, wie bereits in seinem schriftlichen Gutachten erläutert, wiederholt, dass der CTG-Verlauf, der erst ab 0.20 Uhr Auffälligkeiten aufwies, die zu einer Zustandverschlechterung des Klägers führen konnten, keinen Anlass bot, eine Sectio in Erwägung zu ziehen. 43

cc) 44

Dass eine Sectio nach Eintritt der Geburtskomplikation in Gestalt des hohen Schultergeradstandes bei bereits geborenem Kopf keine echte Alternative mehr war, hat der Sachverständige schließlich ebenfalls ohne weiteres nachvollziehbar dargelegt. Denn zu 45

diesem Zeitpunkt wäre eine Sectio mit erheblichen Gefahren verbunden gewesen, da der Kläger durch das Becken hätte zurückgezogen werden müssen.

II. 46

Der Kläger hat auch nicht beweisen können, dass den Beklagten zu 1. und 3. – der Beklagte zu 2. war bei der Geburt des Klägers ohnehin nicht beteiligt - Fehler im Geburtsmanagement unterlaufen sind. 47

1. 48

Soweit die Berufung erneut die nach den CTG-Auffälligkeiten unterbliebene Fetalblutanalyse rügt, greift dieser Vorwurf nicht durch. Der Sachverständige hat zwar darauf verwiesen, dass die Fetalblutanalyse angesichts der CTG-Auffälligkeiten aus forensischen Gründen „nach der Empfehlung der meisten Gutachter“ vorgenommen werden sollte und aus diesem Grund auch von ihm regelmäßig vorgenommen werde. Im Senatstermin hat der Sachverständige jedoch zugleich unmissverständlich klargestellt, dass das Unterlassen der Fetalblutanalyse vorliegend aber keinen Standardverstoß darstellt. Angesichts der hier unmittelbar bevorstehenden Geburt (zu diesem Zeitpunkt hatte der Kopf bereits den Beckenboden erreicht) hätte eine solche Befunderhebung auch zu keinerlei anderen Maßnahmen geführt, als sie tatsächlich ergriffen worden sind. Selbst wenn man aber von einer einfach fehlerhaften unterlassenen Befunderhebung ausginge, bleibt dies ohne haftungsrechtliche Relevanz. Denn der Sachverständige hat zudem darauf verwiesen, dass die unmittelbar postnatal durchgeführten Blutgasanalysen unauffällig waren, so dass keine hinreichend hohe Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass eine Fetalblutanalyse pathologische Werte erbracht hätte. Ergänzend hat der Sachverständige in diesem Zusammenhang angemerkt, dass beim Kläger zu keinem Zeitpunkt während der postnatalen Behandlung im Haus der Beklagten zu 1. solche Laktat- und Basenexcesswerte vorgelegen haben, bei denen mit (hypoxischen) Hirnschädigungen zu rechnen ist. 49

2. 50

Auch das Vorgehen der Beklagten zu 3. sowie der Hebamme bei Auftreten der Komplikation in Gestalt der Schulterdystokie lässt keine Fehler oder Versäumnisse erkennen. Insoweit hat der Sachverständige darauf verwiesen, dass die Beklagte zu 3. und die Hebamme ausweislich der protokollierten Maßnahmen, wie sie sich aus dem Partogramm und dem Geburtsbericht ergeben, neben dem Abstellen des Wehentropfes und der mediolateralen Episiotomie exakt die empfohlenen primären Schritte zum Lösen der Dystokie durchgeführt haben und der zeitliche Aufwand für diese im Einzelnen dokumentierten Manöver ohne weiteres in Einklang mit dem hierfür dokumentierten Zeitfenster von 6 Minuten zwischen dem Auftreten der Komplikation und dem Eintreffen des Chefarztes im Kreißsaal zu bringen ist. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass den Beklagten zu 1. und 3. hier ein Behandlungsfehler vorzuwerfen ist. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass dem Chefarzt schließlich mit einem weiteren, zuvor nicht ausgeübten Manöver das Lösen der Schulterdystokie gelungen ist. Dieses Manöver hat der Sachverständige als schwierig und mit erheblichen Risiken für Mutter (Darmverletzungen) und Kind (Nervenschäden, Clavikulaschäden) bezeichnet und zugleich klargestellt, dass die Nichtdurchführung durch die Beklagte zu 3. oder die Hebamme keinen Behandlungsfehler darstellt. 51

Da die Beklagte zu 3. und die Hebamme korrekterweise zunächst selbst versucht haben, die Komplikation zu lösen, war auch das Rufen des Chefarztes 2 Minuten nach Auftreten der 52

Komplikation nicht behandlungsfehlerhaft verspätet. Vielmehr hat der Sachverständige nicht nur darauf verwiesen, dass diese 2 Minuten eine sehr kurze Zeit seien, sondern zugleich betont, dass auch ein unterstelltes Eintreffen des Chefarztes erst nach 10 Minuten anstelle der dokumentierten und vom Kläger angezweifelte 4 Minuten nicht zu beanstanden gewesen wäre.

3. 53

Dass die Geburtshilfe beim Kläger bis zum Eintreten der Komplikation durch die Beklagte zu 3. sowie eine Hebamme geleistet wurde, stellt schließlich auch keinen der Beklagten zu 1. anzulastenden Fehler in ihrem Organisationsbereich dar. Im Senatstermin hat der Sachverständige klargestellt, dass der Umstand, dass zu der Geburt des als groß eingeschätzten Klägers kein Chef-, Fach- oder Oberarzt durchgängig zugegen war, sondern lediglich eine Rufbereitschaft des Chefarztes Dr. T bestand, keinen Behandlungsfehler darstellt. So gibt es keinerlei Leitlinien oder sonstige Standards, die eine solche durchgängige Anwesenheit vorsehen. Zu seinen diesbezüglichen Äußerungen im schriftlichen Gutachten, nach denen er selbst oder ein Fach- oder Oberarzt zu einer solchen Geburt rufen lassen würde, hat der Sachverständige im Senatstermin klargestellt, dass dies lediglich seine persönliche Ansicht wiedergebe, nicht jedoch als Beleg für einen Standardverstoß zu verstehen sei. Es lagen auch keine konkreten Anzeichen vor, nach denen mit Komplikationen bei einer vaginalen Geburt gerechnet werden musste. 54

Selbst wenn man aber unterstellte, dass diese Vorgehensweise – auf der Grundlage der Bewertung des Sachverständigen allenfalls einfach – behandlungsfehlerhaft war, bleibt sie ohne haftungsrechtliche Relevanz. Der Sachverständige hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten und erneut im Senatstermin dargelegt, dass es rein spekulativ ist, ob der Geburtsverlauf bei Anwesenheit eines erfahreneren Arztes schneller oder schonender gewesen wäre. Dazu hat der Sachverständige nachvollziehbar erläutert, dass aufgrund der Seltenheit einer Schulterdystokie ohnehin kein Geburtshelfer über große Erfahrungen bei der Entwicklung der Schulterdystokie verfügt. 55

C. 56

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit aus §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 57

D. 58

Die Revision wird wegen Fehlens der Voraussetzungen des § 543 ZPO nicht zugelassen. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Weder die Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichts. 59