
Datum: 07.03.2014
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 9/12
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2014:0307.26U9.12.00

Vorinstanz: Landgericht Arnsberg, 5 O 60/09

Tenor:

Die Berufung der Klägerinnen gegen das am 08.11.2011 verkündete Urteil der 5. Zivilkammer des Landgerichts Arnsberg wird zurückgewiesen.

Die Kosten der Berufungsinstanz werden den Klägerinnen auferlegt.

Das angefochtene Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Klägerinnen dürfen die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung von 110 Prozent des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

- I. 2
- Die Klägerinnen verlangen von den Beklagten wegen vermeintlicher ärztlicher Behandlungsfehler in der Hauptsache die Erstattung von Leistungen, die die Klägerin zu 1) in Höhe von 142.437,93 € und die Klägerin zu 2) in Höhe von 47.246,19 € erbracht haben. 3
- Der am #####1938 geborene und am #####2007 verstorbene Versicherte O wurde am 25.10.2004 wegen eines Impingementsyndroms in das von der Beklagten zu 1) getragende 4

C-Krankenhaus stationär aufgenommen. Am 26.10.2004 führte der Privatdozent Dr. S2 eine Clavicateilresektion, eine Akromioplastik und eine Bursektomie durch. Als Anästhesisten waren zunächst der Beklagte zu 2) und später die Beklagte zu 3) beteiligt. Der Beklagte zu 4) übernahm die postoperative Überwachung im Aufwachraum. Dort kam es gegen 10:28 Uhr zu einer plötzlichen reanimationsbedürftigen Asystolie und Apnoe. Am folgenden Tag ereigneten sich zerebrale Krampfanfälle.	
Die Klägerinnen haben den Beklagten schwerwiegende intraoperative und postoperative Überwachungsfehler vorgeworfen, die zu der Schädigung geführt hätten.	5
Die Beklagten haben Behandlungsfehler in Abrede gestellt und die Einrede der Verjährung erhoben.	6
Das Landgericht hat die Klage abgewiesen.	7
Mögliche Ansprüche seien nicht verjährt, weil der Lauf der Verjährungsfrist frühestens mit der Übersendung des Gutachtens D im Jahr 2008 zu laufen begonnen habe.	8
Eine Haftung sei aber in der Sache nicht gegeben. Zwar sei die Dokumentation der Narkose unvollständig, so dass bis zur Widerlegung durch die Beklagten eine nicht ausreichende Überwachung der Vitalparameter indiziert sei. Aufgrund der Anhörung der Beklagten zu 2) und 3) sei jedoch die ausreichende Überwachung bewiesen. Auch im Übrigen sei eine ausreichende Überwachung auf der Basis der überzeugenden Angaben der Beklagten festzustellen. Auch die Reanimation sei auf der Basis der Angaben des Beklagten zu 4) nicht zu beanstanden. Dass es zu der Schädigung gekommen sei, lasse sich nach den Angaben des Sachverständigen auf eine natürliche Ursache in Form eines plötzlichen Herztodes zurückführen.	9
Dagegen richtet sich die Berufung der Klägerinnen, die das erstinstanzliche Begehren weiter verfolgen.	10
Die Klägerin rügen, dass die Originalbehandlungsunterlagen nicht einbezogen worden seien.	11
Im Übrigen wenden Sie sich maßgeblich gegen die Beweiswürdigung durch das Landgericht. Dieses habe nicht berücksichtigt, dass die Beklagten grundsätzlich ein eigenes Interesse am Ausgang des Rechtsstreits haben, weiterhin nicht, dass der Sachverständige eine deutliche beklagtenfreundliche Tendenz gezeigt und widersprüchliche Angaben gemacht habe.	12
Behandlungsfehler lägen vor. Insbesondere sei auch dem Patienten eine unübliche Menge von Dikaliumchlorazepam gegeben worden, was zusammen mit dem Übergewicht zu einem erhöhten Risiko einer Atemlähmung geführt habe.	13
Es lägen auch Überwachungsfehler vor. Die anästhesistische Überwachung sei nicht lückenlos erfolgt. Nach den Angaben der Beklagten zu 3) und 4) vor dem Landgericht sei in der Zeit von 8:35 Uhr bis 9:40 Uhr gar keine Überwachung erfolgt. Der Name der Beklagten zu 3) sei nachträglich in das Anästhesieprotokoll hineingequetscht worden. Diese habe auffallenderweise auch kein Gedächtnisprotokoll angefertigt.	14
Soweit die Beklagte zu 3) die Vorgänge um die Feststellung der Ansprechbarkeit des Patienten geschildert habe, sei dies von dem Beklagten zu 4) und insbesondere von dem Zeugen I nicht bestätigt worden.	15
	16

Auffallend sei auch ein fünfzehnminütiger Transportweg zur Aufwachstation. Das Landgericht habe zu Unrecht nicht berücksichtigt, dass das Überwachungsprotokoll des Aufnahmerraums keine Angaben zum Kreislauf bei der Ankunft enthalte. Der dokumentierte Wert zur Sauerstoffsättigung von 68 % stamme aus der Zeit vor der Reanimation und belege stattdessen, dass eine Hypoventilation vorher entstanden sei.	
Bei der Reanimation sei ein fehlerhaftes Verhältnis von Herzdruckmassage und Beatmung von 1 : 5 gewählt worden.	17
Darüber hinaus berufen sich die Klägerinnen zum Nachweis der Fehlerhaftigkeit der Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen auf ein Gutachten des Privatsachverständigen Prof. Dr. M.	18
Die Klägerinnen beantragen,	19
unter Abänderung des landgerichtlichen Urteils	20
1. die Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin zu 1) 142.437,93 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 130.437,93 € seit dem 03.02.2009 und nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 12.000,00 € seit Rechtshängigkeit zu zahlen;	21
2. die Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin zu 2) als Gesamtschuldner 47.246,19 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.02. 2009 zu zahlen.	22
Die Beklagten beantragen,	23
die Berufung zurückzuweisen.	24
Sie verteidigen die angefochtene Entscheidung.	25
Eine schriftliche Dokumentation der Vitalparameter sei mit den damaligen Geräten nicht möglich gewesen. Die sonstige Dokumentation sei ausreichend. Unauffällige Werte habe man nicht handschriftlich in das Narkoseprotokoll eingetragen. Die Beklagte zu 3) sei seit 1981 Fachärztin für Anästhesie und deshalb hinreichend qualifiziert gewesen. Sie sei auch tatsächlich um circa 8:40 Uhr in den Operationssaal gekommen. Zuvor sei die Anästhesie von dem Beklagten zu 2) und sodann für wenige Minuten allein von dem Beklagten 4) überwacht worden. Die gesamte Anästhesie sei einschließlich der Ausleitung problemlos verlaufen. Dasselbe gelte für die Überwachung im Operationssaal, in der Schleuse und auf dem Weg zum Aufwachraum, wobei Letzteres keine 15 Minuten gedauert habe.	26
Bei dem im Aufwachraum dokumentierten Wert handele es sich um einen Zahlendreher. Tatsächlich habe es sich um eine Sauerstoffsättigung von 86 % gehandelt; dies sei auch nicht der Wert vor der Reanimation gewesen, sondern der erste danach wieder gemessene Wert. Soweit das dortige Protokoll nicht vollständig ausgefüllt sei, beruhe dies darauf, dass der Beklagte zu 4) zunächst noch einen anderen Patienten zu betreuen gehabt habe, was vor der Dokumentation vorrangig gewesen sei.	27
Der Senat hat die Beklagten zu 2) bis 4) persönlich angehört und Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung des Zeugen I sowie durch Einholung eines mündlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. S .Wegen des Ergebnisses wird auf die Berichterstattevermerke zu den Senatsterminen vom 25.09.2012 und 14.01.2014 verwiesen.	28

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes, insbesondere des genauen Wortlautes der erstinstanzlich gestellten Anträge, wird auf die angefochtene Entscheidung und die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.	29
II.	30
Die Berufung ist unbegründet.	31
Zu Recht hat das Landgericht die Klage abgewiesen. Die von den Klägerinnen geltend gemachten Ansprüche stehen ihnen nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu.	32
Ansprüche ergeben sich insbesondere nicht wegen des Vorliegens von Behandlungsfehlern gemäß den §§ 611, 280, 249 ff., 253 Abs.2 BGB. Denn es lässt sich nicht feststellen, dass den Beklagten derartige Fehler unterlaufen sind. Der Senat stützt sich insoweit auf die erstinstanzliche Begutachtung durch den anerkannten anästhesiologischen Sachverständigen Prof. Dr. S und auf die überzeugenden Ausführungen bei seiner Anhörung vor dem Senat. Dazu im Einzelnen:	33
1.	34
Es stellt keinen Fehler dar, dass zur Durchführung der Anästhesie die Methode der interskalenaren Blockade nach Winnie gewählt wurde.	35
Nach den Ausführungen des Sachverständigen handelt es sich zwar um eine ältere Methode, die jedoch nach seinen Erläuterungen vor dem Senat im Verhältnis zu der neueren interskalenaren Methode nach Meier gleichwertig sei. Beide Methoden haben nach den Erklärungen im Ergänzungsutachten ähnliche Applikationsorte und deshalb vergleichbare Komplikationsraten. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, wenn der Beklagten zu 2) - wie auch von dem Sachverständigen für zutreffend gehalten - im Rahmen seines Therapieermessens die Methode gewählt hat, die er nach seiner Auffassung am Besten beherrschte.	36
2.	37
Die Kombination dieser Methode mit der Intubationsnarkose war nicht fehlerhaft, sondern nach den Feststellungen des Sachverständigen in seinen schriftlichen Gutachten im Gegenteil indiziert.	38
3.	39
Es lässt sich nicht feststellen, dass sich sonstige Behandlungsfehler bei der anästhesistischen Betreuung während der Operation ereignet haben.	40
aa.	41
Es ist nicht davon auszugehen, dass eine mangelnde Überwachung der respiratorischen Parameter während der OP stattgefunden hat.	42
Die Beklagten haben sich darauf berufen, dass eine permanente Überwachung durch ein Dräger-Gerät stattgefunden habe.	43
	44

Dabei erscheint es zunächst überzeugend, dass eine maschinelle Überwachung überhaupt stattgefunden hat. Denn andernfalls wäre eine Anästhesierung gar nicht beherrschbar. Auch hätte dann nicht der Sauerstoffsättigungswert um 8:30 Uhr dokumentiert werden können.

Darüber hinaus folgt der Senat dem Sachverständigen darin, dass ein derartiges Gerät für einen automatischen Alarm bei Unterschreiten der kritischen Werte voreingestellt ist und für eine abweichende Funktionsweise bewusst anders eingestellt werden müsste. Dafür bestehen aber vorliegend ebenso wenig Anhaltspunkte wie für einen technischen Defekt. Geht man demnach von einer funktionierenden maschinellen Überwachung aus, so ist entsprechend den Ausführungen des Sachverständigen ohne einen automatischen Alarm allenfalls ein grenzwertiger, noch im Normbereich liegender Sauerstoffwert möglich. Selbst wenn schon ein Sauerstoffwert nahe an 90 % Anlass zum Handeln - etwa zur Vermeidung eines weiteren Absinkens - geben würde, lässt sich hier nicht feststellen, dass ein solcher Grenzwert vorgelegen hat. 45

Dafür, dass ein Alarm ausgelöst und nicht bemerkt worden ist, bestehen dagegen keine Anhaltspunkte. Der Sachverständige hat dazu darauf hingewiesen, dass das Gerät so aufgestellt wird, dass der Anästhesist die aktuellen Werte immer vor Augen hat und einen Alarm nicht übersehen kann. 46

Die Klägerinnen könne sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass die Beatmungsparameter, der Sauerstoffsättigungswert und der endexpiratorische CO₂-Wert nur einmal gegen 8:30 Uhr dokumentiert sind und deshalb für die Zeit danach nach den für Dokumentationsmängel geltenden Grundsätzen von einer fehlenden Überwachung auszugehen sei. 47

Denn zu dokumentieren sind nur solche Parameter, deren Kenntnis aus medizinischer Sicht insbesondere für die weitere Behandlung notwendig ist, während ein rein forensisches Interesse keine Dokumentationspflicht begründet. Danach sind häufig unauffällige Werte mangels Relevanz für die Weiterbehandlung nicht dokumentationspflichtig. Für die vorliegenden Überwachungsparameter hat der Sachverständige zwar angegeben, dass es wünschenswert sei, die Werte alle 15-30 Minuten zu dokumentieren. Dabei handele es sich aber weder um einen zu fordernden medizinischen Standard noch um eine in der Praxis in seiner eigenen Klinik übliche Vorgehensweise. Auch die Leitlinien geben dazu keine konkreten zeitlichen Vorgaben. Dementsprechend kann aus der fehlenden Dokumentation nicht der Schluss gezogen werden, dass die Parameter nicht überwacht wurden und sich pathologische Werte eingestellt haben. 48

Dementsprechend haben die Beklagten zu 2) und zu 3) bei ihrer persönlichen Anhörung vor dem Landgericht angegeben, dass die Narkose ungestört verlief. 49

bb. 50

Der Senat geht nicht davon aus, dass eine völlig überwachungslose Zeit zwischen 8:30/8:35 Uhr und 9:40 Uhr gegeben gewesen ist. 51

Nach den Angaben der Beklagten zu 2), zu 3) und zu 4) wurde der Patient lediglich für einen Zeitraum von 3-4 Minuten nicht ärztlich überwacht, sondern durch den Pfleger I. Das entspricht nach den Ausführungen des Sachverständigen bei der mündlichen Anhörung durch den Senat zwar nicht dem Standard, der zumindest die Rufweite eines Anästhesisten erfordert. Der Sachverständige hat allerdings keine Anhaltspunkte dafür, dass in dieser Zeit etwas passiert ist. Dafür spricht, dass das verwendete Gerät bei Unregelmäßigkeiten Alarm 52

geschlagen hätte.

Gegen eine längere Zeit ohne ärztliche anästhesistische Kontrolle spricht auch das von den Beklagten vorgelegte Anästhesieprotokoll der vorhergehenden Operation, das um 8:45 Uhr endet. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte zu 3) sich nach dieser von ihr betreuten Operation nicht unmittelbar zur Operation des Herrn O begeben hat, sondern fast 1 Stunde etwas anderes getan haben könnte. 53

Soweit sich die Klägerinnen darauf berufen, dass der Name der Beklagten zu 3) in das Anästhesieprotokoll „hineingequetscht“ worden sei, handelt es sich um den Vorwurf der Verfälschung, für den sie beweispflichtig sind. Der Beweis ist nicht geführt. Der Name findet sich folgerichtig hinter demjenigen des Beklagten zu 2), weil die Beklagte zu 3) die Tätigkeit nach diesem übernommen hat. Dasselbe gilt für den Einwand, dass der Beklagte zu 4) als bloßer Pfleger den Dienst von dem Beklagten zu 2) übernommen haben soll. 54

4. 55

Es lässt sich auch nicht feststellen, dass die Atmungsparameter postoperativ bis zur Übergabe in der Schleuse nicht kontrolliert wurden und es deshalb - insbesondere wegen eines Überhang der Anästhesiemedikamente - behandlungsfehlerhaft zu einer Sauerstoffunterversorgung gekommen ist. 56

Nach den Angaben des Sachverständigen bei seiner persönlichen Anhörung durch den Senat war die Prämedikation lege artis. Ohne Notfallsituation - die vorliegend zu dieser Zeit nicht vorgelegen hat - ist es dann aus seiner Sicht auch nicht zu fordern gewesen, standardmäßig nach der Operation Medikamente gegen die Wirkung des Betäubungsmittels zu geben. Nach dem Narkoseende musste die Wirkung der verabreichten Medikation zwar auf mögliche Auswirkungen überprüft werden, weil jedes Beruhigungsmittel Einfluss auf die Atmung hat. 57

Es lässt sich aber nicht feststellen, dass eine solche Prüfung unterlassen worden ist. Die Beklagten zu 3) und 4) haben dazu bei ihrer persönlichen Anhörungen angegeben, dass die Beklagte zu 3) den Patienten nach der Beendigung der Operation vor der Übergabe in der Schleuse angesprochen und die Zunge hat herausstrecken lassen. Überdies habe der Patient im Bett sitzen und Fragen nach Atmung und Schmerzen beantworten können. Der Sachverständige hat dazu festgestellt, dass es sich dabei um die standardmäßige Grobprüfung handelt, ob noch Wirkungen des Relaxans vorhanden seien. Überdies hat er bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Senat ausgeführt, dass die Anzeichen für eine Hypoventilation - langsame Atmung, ständiges Einschlafen des Patienten und das daraus resultierende Erfordernis des Wachrüttelns - von keiner der beteiligten Personen geschildert worden ist. Das spricht dann aber dafür, dass die Sauerstoffversorgung adäquat gewesen ist . 58

Der Senat hat auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Parteiangaben unrichtig sein könnten. 59

Dokumentationspflichten hinsichtlich der Sauerstoffwerte haben nach den Ausführungen des Sachverständigen jedenfalls bei unauffälligem Ablauf nicht bestanden, so dass sich die Klägerinnen auch nicht auf Indizwirkungen fehlender Dokumentation stützen können. Die Abluft konnte nach der Extubation ohnehin nicht mehr gemessen werden. 60

Auf dieser Basis lässt sich insoweit ein Behandlungsfehler nicht feststellen. 61

Ein Behandlungsfehler lässt sich auch nicht für die Zeit des Transportes von der Schleuse zum Aufwachraum feststellen. 63

Nach den Feststellungen des Sachverständigen in seinen schriftlichen Gutachten wäre es zwar fehlerhaft, wenn der Patient trotz bestehender Minderatmung mit einhergehender Hypoxie ohne Monitor und ohne Sauerstoff in den Aufwachraum transportiert worden wäre. Auffälligkeiten sind nach den Angaben der Beklagten trotz Überprüfung nicht aufgetreten. Nach den Ausführungen des Sachverständigen hat es im Behandlungszeitraum auch nicht dem medizinischen Standard entsprochen, die Sauerstoffwerte während dieses Transportes zu überwachen. 64

Überwachungs- und sonstige Behandlungsfehler sind auch nicht während des Aufenthalts im Überwachungsraum bewiesen. 66

Der Sachverständige hat ausgeführt, dass eine mündliche Übergabe des Patienten an den im Aufwachraum Betreuenden notwendig ist. Denn aus einem Narkoseprotokoll wäre der Zustand des Patienten nicht genau zu ersehen. Bei der Übergabe ist dann weiterzugeben, wie sich der Zustand des Patienten dargestellt hat. Auch die Leitlinien enthalten aber keine Angaben zu einzelnen Parametern, die bei der Übergabe mitgeteilt werden müssen. 68

Dass vorliegend keine oder eine fehlerhafte Übergabe stattgefunden hat, ist nicht ersichtlich. 69

Auch hinsichtlich der weiteren Betreuung sind Behandlungsfehler nicht festzustellen. 71

Das Überwachungsprotokoll des Aufwachraumes weist bei der Ankunft eine spontane Atmung ohne Behinderung und mit Wachheit auf. Allerdings benennt es auch eine blasse Hautfarbe und enthält keine Angaben zur Kreislautsituation. 72

Hinsichtlich der Blassheit hat der Beklagte zu 4) plausibel erklärt, dass es sich um die übliche Blässe nach einer derartigen Operation gehandelt habe. Hinsichtlich der fehlenden Angaben hat er sich darauf berufen, dass es zur vollständigen Dokumentation aller Atmungsparameter und zum Start der Blutdruckaufzeichnung zunächst nicht gekommen sei, weil er nach dem Anschluss des Patienten O an das Datex-Überwachungsgerät einen anderen Patienten vorrangig zu betreuen hatte. Der Sachverständige hat bei seiner mündlichen Anhörung durch den Senat angegeben, dass tatsächlich eine solche anderweitige Betreuung vorrangig sei und die Schilderung des Beklagten zu 4) einen ganz normalen Vorgang beschreibe. Dem folgt der Senat. Er hat keine greifbaren Anhaltspunkte dafür, dass die Angaben des Beklagten zu 4) nicht den Tatsachen entsprechen. 73

Soweit sich die Klägerinnen darauf berufen, dass gem. den Leitlinien seit 1998 eine zeitgerechte Dokumentation erforderlich ist, steht das nicht im Widerspruch zur der von dem Sachverständigen gebilligten Handhabung bei einer 2-Patienten-Betreuung und begründet keine Beweisvorteile. Nach seinen Ausführungen beziehen sich die Leitlinien auch nicht auf einen konkreten Zeitpunkt, sondern auf den gesamten postoperativen Verlauf. 74

Soweit sich die Klägerinnen nunmehr darauf berufen, dass in dem AWR-Protokoll "RR nicht messbar" aufgeführt sei, besagt das nichts zum Zustand vor der Eskalation. Naheliegender erscheint, dass die Angabe den Beginn der Reanimation betrifft.

Soweit sich die Klägerinnen darauf berufen, dass der dokumentierte Wert zur Sauerstoffsättigung von 68 % aus der Zeit vor der Reanimation stamme, danach 86 % gemessen worden seien und das belege, dass eine Hypoventilation vorangegangen sei, überzeugt das nicht. Plausibel erscheint nur der Wert von 86%, weil ein Wert von 68% einen früheren Alarm hervorgerufen hätte, für den keine Anhaltspunkte bestehen. Aber auch der Wert von 86% ist nicht haftungsbegründend, weil sich nicht feststellen lässt, dass er vor den Beginn der Krise und nicht etwa in die Zeit nach der Reanimation einzuordnen ist. 76

Gegen die Argumentation spricht auch, dass der Sachverständige bei seiner Anhörung durch den Senat angegeben hat, dass ein derartiger Wert schon den Alarm ausgelöst hätte. 77

7. 78

Es kann dahingestellt bleiben, ob bei der Reanimation ein fehlerhaftes Verhältnis von Herzmassage zu Beatmung gewählt worden ist. 79

Zwar soll nach den Feststellungen des Sachverständigen bei der Reanimation das dokumentierte Verhältnis von Herzdruckmassage zu Beatmung von 5:1 nicht in den Guidelines aus dem Jahr 2000 mit einem Verhältnis von 15 : 2 entsprochen haben. Daraus ist jedoch kein Schaden entstanden, weil die Reanimation nach der Bewertung des Sachverständigen zügig zum Erfolg geführt hat. 80

8. 81

Ein Rückschluss von der eingetretenen Schädigung auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers erscheint nicht möglich. 82

a. 83

Der gerichtliche Sachverständige hat letztlich als anderweitige Ursache eine plötzliche Herzrhythmusstörung für möglich gehalten, ohne letztlich die Ursachen des Geschehens bestimmen zu können. Dabei ist er auch bei erneutem Vorhalt der Bedenken des Privatsachverständigen Prof. Dr. M verblieben. Auf dieser Basis mögen Bedenken gegen den Beweis oder die Annahme einer Herzrhythmusstörung bestehen. Das führt aber nicht zu der Überzeugung, dass nur ein Behandlungsfehler die Ursache gewesen sein kann. Der Senat folgt dem gerichtlichen Sachverständigen darin, dass es Fallgestaltungen gibt, die sich einer genauen Ursachenbestimmung widersetzen. 84

b. 85

Es lässt sich auch nicht feststellen, dass ein Fehler vorgelegen haben muss, weil es trotz der schnellen Reanimation zu den weit reichenden Folgen gekommen ist. 86

Der Sachverständige hat bei seiner mündlichen Anhörung durch den Senat plausibel ausgeführt, dass die Reanimation keinen hundertprozentigen Erfolg verspreche, sondern mit erheblichen Misserfolgsraten versehen sei. Wie hoch die Erfolgchancen im konkreten Fall zu veranschlagen gewesen sind, kann dahingestellt bleiben. Auch der Privatgutachter Prof. Dr. M bestätigt, dass eine hundertprozentige Erfolgsgarantie bei einer Reanimation nicht gegeben ist. Ein zwingender Rückschluss auf einen Behandlungsfehler ist dann nicht 87

gerechtfertigt.

Eine Haftung der Beklagten ist damit aus medizinischen Gründen insgesamt nicht gegeben, 88
so dass es auf die Frage der Verjährung, die der Senat aus den Gründen der landgerichtliche
Entscheidung auch nicht für gegeben hält, nicht ankommt.

Die die Klage abweisende Entscheidung des Landgerichts ist nicht zu beanstanden. Die 89
dagegen gerichtete Berufung hat keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Abs.1 ZPO; die Entscheidung über die vorläufige 90
Vollstreckbarkeit beruht auf den §§ 708 Nr.10, 711, 543 ZPO.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat 91
und auch keine Entscheidung des Revisionsgerichts zur Fortbildung des Rechts oder zur
Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordert.