
Datum: 19.11.2018
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 24/18
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2018:1119.3U24.18.00

Vorinstanz: Landgericht Dortmund, 12 O 390/14

Tenor:

Die Berufung der Kläger gegen das am 18.01.2018 verkündete Urteil der 12. Zivilkammer des Landgerichts Dortmund wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten des Berufungsverfahrens.

Dieses Urteil und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar.

Den Klägern 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:

I.

Die Kläger sind eineiige Zwillinge. Sie kamen am 00.11.2008, einem Sonntag, in dem von der Beklagten zu 1 getragenen Krankenhaus durch Kaiserschnitt zur Welt. Die geburtshilfliche Behandlung der Mutter der Kläger am 00.11.2008 erfolgte durch die Beklagten zu 2 bis 4. Nach der Geburt zeigten sich bei beiden Klägern Behinderungen, u.a. in Form einer spastischen Zerebralparese.

1

2

3

4

Die Kläger haben erstinstanzlich behauptet, dass die geburtshilfliche Behandlung am 00.11.2008 fehlerhaft gewesen sei, zudem haben sie eine Aufklärungsrüge erhoben. Sie haben jeweils ein angemessenes Schmerzensgeld (Vorstellung: mindestens 300.000 € bzw. mindestens 350.000 €) sowie die Feststellung der gesamtschuldnerischen Verpflichtung der Beklagten zum Ersatz materieller und zukünftiger immaterieller Schäden begehrt. Daneben haben sie Zinsen und vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten geltend gemacht.

Zur näheren Darstellung des erstinstanzlichen Sach- und Streitstands und der erstinstanzlich gestellten Anträge der Parteien wird gemäß § 540 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 ZPO auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils Bezug genommen. Dabei ist klarzustellen, dass am 09.11.2008 insgesamt drei Ultraschalluntersuchungen stattfanden, und zwar zunächst durch die Beklagte zu 4 (etwa ab 11:00 Uhr), sodann durch den hinzugerufenen Beklagten zu 2 (etwa ab 12:10 Uhr) und schließlich durch die weiter hinzugerufene Beklagte zu 3. Bei der ersten Ultraschalluntersuchung

wurden entgegen dem Tatbestand nicht „keine“, sondern reduzierte Kindsbewegungen festgestellt („ ? “). Zu korrigieren ist weiter, dass nach dem Geburtsprotokoll nicht der Beklagte zu 2 über eine hochpathologische Dopplersonographie informiert wurde, sondern die Beklagte zu 3 durch den Beklagten zu 2.

Das Landgericht hat ein frauenfachärztliches Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. O mit zwei schriftlichen Ergänzungen eingeholt, zudem hat der Sachverständige sein Gutachten in zwei Verhandlungsterminen mündlich erläutert. Sodann hat das Landgericht die Klage mit dem angefochtenen Urteil abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass kein Behandlungsfehler der Beklagten festgestellt werden könne. Insbesondere habe der Kaiserschnitt nicht früher durchgeführt werden müssen, da keine akute Notsituation vorgelegen habe. Es sei auch nicht geboten gewesen, die Eltern der Kläger frühzeitig über die Möglichkeit einer Sectio aufzuklären.

Mit der Berufung verfolgen die Kläger ihre erstinstanzlichen Schlussanträge gegen die vier Beklagten vollumfänglich weiter.

Die Kläger rügen, dass sich das Landgericht nicht mit den beiden MDK-Gutachten der Gynäkologin Dr. P vom 12.12.2013, aus denen sich schwere Behandlungsfehler der Beklagten ergäben, auseinandergesetzt habe. Es sei ein Obergutachten zur Aufklärung der Widersprüche zwischen den Ausführungen von Dr. P und Prof. Dr. O einzuholen.

Die Kläger meinen, dass ein pränatalmedizinisches Gutachten zu der Frage einzuholen sei, ob ein *akutes* fetofetales Transfusionssyndrom (FFTS) vorgelegen habe. Der Verlauf, insbesondere die unauffällige Kontrolle vom 30.10.2008, spreche gegen eine Entwicklung des FFTS über einen längeren Zeitraum, ebenso die Zunahme des Bauchumfangs vor der stationären Aufnahme vom 00.11.2008. Im Übrigen, so die Kläger, müssten sich die Beklagten an ihrer eigenen Diagnose eines akuten FFTS festhalten lassen.

Die Kläger sind der Ansicht, dass zusätzlich zum pathologischen CTG-Befund auch hätte berücksichtigt werden müssen, dass die Schwangerschaft bereits zuvor kompliziert verlaufen sei, dass bei der fraglichen Zwillingschwangerschaft jederzeit mit einem lebensgefährlichen FFTS habe gerechnet werden müssen, dass die Kindesmutter bei der außerplanmäßigen Vorstellung am 00.11.2008 unter akuten Beschwerden gelitten habe und dass eine vorzeitige Wehentätigkeit bestanden habe. Aufgrund dieser Gesamtumstände habe eine Notsituation vorgelegen. Spätestens

nach dem pathologischen CTG sei die sofortige Hinzuziehung eines Pränatalmediziners und eines Neonatologen geboten gewesen. Es sei der Standard eines Perinatalzentrums anzulegen, was das Landgericht verkannt habe.

Die Kläger machen weiterhin geltend, dass spätestens im Anschluss an die erste 13
Ultraschalluntersuchung eine umgehende Beendigung der Schwangerschaft hätte erfolgen
müssen. Dies gelte unabhängig von der Frage, ob das FFTS und die
Sauerstoffunterversorgung der Kläger akut oder chronisch gewesen seien. Der sofortige
Handlungsbedarf habe sich aus der Summe der Befunde ergeben. Für weitere
Untersuchungen habe kein Anlass bestanden, da bereits die erste Ultraschalluntersuchung
ein vollständiges und eindeutiges Ergebnis gehabt habe. Die Kläger einer weiteren
Sauerstoffunterversorgung auszusetzen, sei völlig unverständlich gewesen, zumal unbekannt
gewesen sei, wie lang die Unterversorgung bereits bestand.

Die Kläger halten daran fest, dass auch zwischen dem Entschluss zur Sectio und der 14
Entbindung zu viel Zeit verstrichen sei. Es hätte, so die Kläger, eine Notsectio mit einer E-E-
Zeit von maximal 20 Minuten stattfinden müssen. Die Beklagte zu 3 sei selbst von einem
„präfinalen Kind“ ausgegangen, also einem „Zustand kurz vor dem Tod“.

Die durchgeführte Lungenreifebehandlung, so die Kläger weiter, sei überflüssig und mit 15
unnötigem Zeitaufwand verbunden gewesen.

Die Kläger beantragen, 16

unter Abänderung des angefochtenen Urteils 17

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger zu 1 ein 18
angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird,
nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21.01.2014
zu zahlen;

2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem 19
Kläger zu 1 jeglichen weiteren materiellen und zukünftigen immateriellen Schaden, letzterer
soweit dieser durch den Antrag zu 1. nicht erfasst ist, der ihm aus der medizinischen
Behandlung im Zusammenhang mit seiner Geburt am 00.11.2008 entstanden ist und
weiterhin entstehen wird, vorbehaltlich eines Forderungsübergangs auf Dritte, zu ersetzen;

3. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger zu 1 20
vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten i.H.v. 6.331,76 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten
über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen;

4. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger zu 2 ein 21
angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird,
nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21.01.2014
zu zahlen;

5. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem 22
Kläger zu 2 jeglichen weiteren materiellen und zukünftigen immateriellen Schaden, letzterer
soweit dieser durch den Antrag zu 1. nicht erfasst ist, der ihm aus der medizinischen
Behandlung im Zusammenhang mit seiner Geburt am 00.11.2008 entstanden ist und
weiterhin entstehen wird, vorbehaltlich eines Forderungsübergangs auf Dritte, zu ersetzen;

6.	die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an den Kläger zu 2 vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten i.H.v. 6.873,44 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.	
	Die Beklagten beantragen,	24
	die Berufung zurückzuweisen.	25
	Sie verteidigen das angefochtene Urteil. Insbesondere habe kein akutes FFTS vorgelegen; die entsprechende Formulierung im Arztbrief sei ein „redaktionelles Versehen“ gewesen.	26
	Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 19.11.2018 hat der Senat den Vater der Kläger sowie die Beklagten zu 3 und 4 persönlich angehört, zudem wurde der Sachverständige Prof. Dr. O ergänzend befragt. Wegen der Ergebnisse wird auf den Berichterstattevermerk vom 21.11.2018 (BEV) Bezug genommen.	27
II.		28
	Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte und begründete Berufung der Kläger ist unbegründet. Das angefochtene Urteil beruht weder auf einer	29
	Rechtsverletzung im Sinne von § 546 ZPO, noch rechtfertigen die nach § 529 ZPO zugrunde zu legenden Tatsachen eine andere, den Klägern günstigere Entscheidung.	30
	Den Klägern stehen weder vertragliche noch deliktische Ansprüche auf Schmerzensgeld oder materiellen Schadensersatz gegen die Beklagten aus der streitgegenständlichen Behandlung am 09.11.2008 zu.	31
1.	Ein Behandlungsfehler der Beklagten ist nicht feststellbar.	32
a)	Die Kläger haben ursprünglich geltend gemacht, dass schon das erste, etwa ab 10:15 Uhr geschriebene CTG überflüssig gewesen sei. Die im Anschluss durchgeführte erste Sonographie sei zu spät erfolgt. Hierdurch sei es zu einer fehlerhaften Verzögerung der Sectio gekommen.	33
	Diese Vorwürfe hat der Sachverständige bereits erstinstanzlich überzeugend widerlegt. Auf die entsprechenden Ausführungen des Landgerichts wird Bezug genommen (S. 9 f. UA). Im Senatstermin hat der Sachverständige noch einmal bestätigt, dass es richtig war, zunächst ein CTG zu registrieren und sodann durch eine Ultraschalluntersuchung die Ursache des silenten und damit pathologischen CTG-Befundes abzuklären (S. 3 BEV).	34
	Der Senat folgt an dieser Stelle wie auch in den anderen medizinischen Fachfragen der überzeugenden Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. O. Dieser konnte die an ihn gerichteten Fragen im Senatstermin klar und schlüssig beantworten, nachdem er bereits zuvor überzeugende schriftliche und mündliche Ausführungen gemacht hatte. An der theoretischen Befähigung und praktischen Erfahrung des Sachverständigen, der als Chefarzt einer Frauenklinik mit angeschlossenem Perinatalzentrum tätig ist, besteht kein Zweifel.	35
b)	Entgegen der Ansicht der Kläger war es nicht geboten, bei der Vorstellung der Kindesmutter am 09.11.2008 „sofort“ einen Pränatalmediziner und einen Neonatologe hinzuzuziehen, spätestens aber nach dem pathologischen CTG-Befund, um „das weitere Vorgehen zu besprechen“.	36

Der Sachverständige hat die initiale Situation bereits erstinstanzlich als keineswegs ungewöhnlich bewertet. Es hätten – auch unter Berücksichtigung der monochorionalen Zwillingschwangerschaft – keine Anhaltspunkte für einen Notfall vorgelegen. Insbesondere sei der vergrößerte Bauchumfang lediglich ein unspezifisches Zeichen gewesen. Die Hinzuziehung der Beklagten zu 3 als Pränatalmedizinerin sei nicht zu spät erfolgt. Ein Neonatologe habe überhaupt nicht in die pränatale Entscheidungsfindung eingebunden werden müssen.

Die Einschätzung des Sachverständigen überzeugt auch hier. Es liegt auf der Hand, dass es 38
jedenfalls bei einem nicht offenkundigen Notfall zunächst Aufgabe des diensthabenden Arztes ist, die erforderlichen Untersuchungen durchzuführen (hier: CTG, dann Sonographie). Dass die Beklagte zu 4 hierzu nicht befähigt gewesen wäre, ist nicht ersichtlich und wird auch von den Klägern nicht behauptet. Dass die streitgegenständliche Behandlung – wie die Kläger betonen – in einem Perinatalzentrum stattfand, hat der Sachverständige berücksichtigt (S. 3 des Protokolls zum Kammertermin vom 18.01.2018, Bl. 425 der Akten). Die Kläger überspannen die Anforderungen, zumal die streitgegenständliche Behandlung an einem Sonntag stattfand.

c) Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte zu 4 nach der ersten 39
Ultraschalluntersuchung keine Sectio veranlasste, sondern zunächst den Beklagten zu 2 aus dem Hintergrunddienst hinzuzog.

aa) Entgegen der klägerischen Behauptung bestand zu keinem Zeitpunkt eine akute 40
Notlage, die eine sofortige, notfallmäßige Schnittentbindung erfordert hätte, insbesondere lag kein akutes FFTS vor.

Der Sachverständige hat ein akutes FFTS erstinstanzlich und noch einmal im Senatstermin 41
überzeugend ausgeschlossen (S. 4, 7 BEV). Zum eigentlichen Geburtsvorgang, unter dem ein akutes FFTS auftreten kann, kam es am 00.11.2008 nicht. Zudem ist die am 00.11.2008 festgestellte, ausgeprägte Gewichts Differenz nur dadurch erklärlich, dass das FFTS schon länger, d.h. seit mehreren Tagen, bestanden haben muss. Der Umstand, dass am 30.10.2008 noch keine Hinweise auf ein FFTS erkennbar waren, lässt nicht den Schluss auf ein akutes FFTS zu. Die Einschätzung der MDK-Gutachterin Dr. P, es habe sich „am ehesten“ um ein akutes FFTS gehandelt, ist damit widerlegt. Eine nachvollziehbare Begründung der Gutachterin fehlt, insbesondere setzt sie sich nicht mit den Umständen auseinander, die eindeutig gegen ein akutes FFTS sprechen. Die Begrifflichkeit war für Dr. P im Übrigen ersichtlich nicht entscheidend. Für die Einholung eines weiteren, insbesondere pränatalmedizinischen Gutachtens zur Akuität des FFTS besteht kein Anlass. Es ist nicht erkennbar, dass ein Pränatalmediziner wesentliche neue Erkenntnisse liefern könnte. Die Sachkunde von Prof. Dr. O reicht ersichtlich aus, zudem hat er mit Pränatalmedizinerinnen Rücksprache gehalten.

Dass die Beklagten in den Berichten zur Sectio und zur Behandlung der Kindesmutter 42
fälschlich den Begriff „akutes FFTS“ verwendet haben, spielt entgegen der Ansicht der Kläger keine Rolle. Maßgeblich ist der objektive Verlauf. Es deutet

auch nichts darauf hin, dass die Begriffsverwendung durch die Beklagten auf bislang 43
unbekannten Befunden beruhte und daher zutreffend sein könnte, vielmehr ist ein akutes FFTS, wie bereits dargelegt, auszuschließen.

Die CTG-Silenz erforderte ebenfalls keine sofortige Sectio. Der Sachverständige hat 44
dargelegt, dass die Kläger aufgrund des FFTS unter einer gewissen chronischen

Sauerstoffunterversorgung gelitten und daher eine kompensierende „Sparhaltung“ eingenommen hätten, was das silente CTG und die reduzierten Kindsbewegungen eindeutig erklärt habe. Eine CTG-Pathologie, die eine *sofortige* Sectio erfordert hätte (wiederholte tiefe Dezelerationen oder gar eine anhaltende Bradykardie), sei nicht aufgetreten. Der Senat folgt auch an dieser Stelle dem Sachverständigen. Die MDK-Gutachterin Dr. P hat zwar ausgeführt, dass ein silentes CTG ein „absolutes Warnzeichen für eine kindliche Hypoxie“ darstelle, das „umgehenden Handlungsbedarf“ begründe. Diese pauschale Einschätzung ist jedoch nicht geeignet, die deutlich differenzierteren Ausführungen von Prof. Dr. O in Zweifel zu ziehen. Dass es keine akute, schwere pränatale Hypoxie gab, folgt im Rückblick auch aus den postpartalen Nabelschnur-pH-Werten, wobei es hierauf für die Frage, ob den Beklagten ein Behandlungsfehler vorzuwerfen ist, nicht entscheidend ankommt.

Auch der dopplersonographisch von der Beklagten zu 4 festgestellte reverse flow erforderte – auch in der Zusammenschau mit den übrigen Befunden – keine sofortige Sectio. Der reverse flow war Teil der Pathologie des FFTS. Ein reverse flow kann eine gewisse Zeit toleriert werden, jedenfalls wenn – wie im vorliegenden Fall – eine CTG-Überwachung stattfindet (S. 4, 6 BEV). 45

bb) Die Hinzuziehung des Beklagten zu 2, der gemäß dem Geburtsprotokoll um 11:57 Uhr im Kreißsaal eintraf, ist nicht zu beanstanden. 46

Nach dem Gesagten war es nicht geboten, die Schwangerschaft sofort im Anschluss an die von der Beklagten zu 4 durchgeführten Untersuchungen abubrechen. Es war vielmehr darüber zu entscheiden, ob das festgestellte FFTS noch hinreichend Zeit (etwa zwei Tage) für eine Lungenreifebehandlung ließ, da sich die Schwangerschaft erst in der 31. Woche befand. Zu diesem Zweck war es erlaubt und sogar geboten, dass die Beklagte zu 4, die sich damals im dritten Jahr der Weiterbildung zur Fachärztin befand, den deutlich erfahreneren Beklagten zu 2 (Chefarzt) hinzuzog. Es ist auch nicht zu beanstanden, dass zwischen der telefonischen Information des Beklagten zu 2 und dessen Ankunft im Kreißsaal knapp 30 Minuten vergingen, da die 47

zu treffenden Entscheidungen nicht von höchster Dringlichkeit waren. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass eine etwaige Verschlechterung des Zustands der Kläger durch die fortgesetzte CTG-Überwachung im Blick war. 48

Der Senat folgt auch hier den stimmigen und ersichtlich von großer Sachkunde und Erfahrung geprägten Ausführungen des Sachverständigen (S. 3-5 BEV). 49

d) Die von den Klägern beanstandete Celestangabe zur Lungenreife war nicht fehlerhaft. Die Gabe, die laut Dokumentation um 11:55 Uhr erfolgte, war in der Rückschau überflüssig, weil sie sich aus zeitlichen Gründen nicht mehr auswirken konnte. Aus der maßgeblichen Sicht ex ante war die Gabe jedoch nachvollziehbar, da noch nicht feststand, dass es kurzfristig zur Sectio kommen würde. Im Übrigen ist an dieser Stelle auch kein Zeitverlust oder eine sonstige nachteilige Auswirkung erkennbar. 50

e) Die weitere Hinzuziehung der Beklagten zu 3 war zwar nicht geboten, aber vertretbar und damit nicht fehlerhaft (vgl. S. 5 BEV). Die Beklagte zu 3 besaß als Pränatalmedizinerin mit der Qualifikation „DEGUM 2“ eine noch höhere Kompetenz in der Erhebung und Bewertung von Ultraschallbefunden als der Beklagte zu 2. Auf die Ultraschallbefunde kam es aber für die zu treffende Therapieentscheidung entscheidend an (S. 4 BEV). Zu beachten ist auch, dass der Zeitverlust durch die Hinzuziehung nur Minuten betrug. Dabei kann dahinstehen, ob die Ultraschalluntersuchung durch die Beklagte zu 3 um 51

12:30 Uhr begann oder zu diesem Zeitpunkt bereits beendet war, wie die Beklagte zu 3 im Senatstermin ausgeführt hat (S. 2 BEV).

f) Schließlich kann nach den Ausführungen des Sachverständigen, zuletzt im Senatstermin (S. 4 f. BEV), auch nicht festgestellt werden, dass zwischen dem Entschluss zur Sectio und der Entbindung der Kläger um 13:12 Uhr bzw. 13:14 Uhr zu viel Zeit vergangen wäre. 52

Es war keine Notsectio erforderlich, sodass auch keine E-E-Zeit von höchstens 20 Minuten einzuhalten war. Dass die Beklagte zu 3 in der Dokumentation zu ihrer Ultraschalluntersuchung den Begriff „präfinales Kind“ verwendet hat, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Objektiv bestehen und bestanden keine Anhaltspunkte dafür, dass einer der Kläger kurz vor dem Tod gestanden hätte. In diesem Sinne hatte die Beklagte zu 3 den Begriff nach ihren eigenen Angaben im Senatstermin auch nicht gemeint (S. 3 BEV). 53

Die Sectio durfte (und musste) nach dem Gesagten grundsätzlich mit den üblichen Maßnahmen vorbereitet werden, etwa hinsichtlich der Anästhesie und der Hinzuziehung von Neonatologen. Da es sich um eine Zwillingsschwangerschaft handelte, war der Vorbereitungsaufwand erhöht. Ob die letzte Untersuchung, also die Sonographie durch die Beklagte zu 3, bereits um 12:30 Uhr oder erst etwas später beendet war, spielt für die Beurteilung auch an dieser Stelle keine Rolle. 54

g) Anzumerken ist noch, dass eine frühere Entbindung am 00.11.2008 nach Einschätzung des Sachverständigen mit größter Wahrscheinlichkeit zu keinem besseren Outcome geführt hätte, wobei der Senat nicht verkennet, dass es sich insoweit nicht um eine gynäkologische Fragestellung handelt. 55

2. Die erstinstanzlich von den Klägern erhobene Rüge, dass ihre Mutter frühzeitig über die Möglichkeit einer Sectio hätte aufgeklärt werden müssen, ist nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens (vgl. BGH NJW-RR 2007, 414 Rn. 9 ff.). Die Rüge war im Übrigen unbegründet, da die Sectio dem Sachverständigen zufolge erst nach Abschluss der Untersuchungen indiziert war. Es ist auch nicht erkennbar, dass eine *vorgezogene* Aufklärung der Kindesmutter zu einem Zeitgewinn geführt hätte (vgl. BGH, Urt. v. 28.08.2018 – VI ZR 509/17). 56

3. Die Einholung weiterer Gutachten ist entgegen dem Antrag der Kläger nicht erforderlich. 57

Wie bereits ausgeführt, hat der Sachverständige Prof. Dr. O die abweichende Einschätzung der MDK-Gutachterin Dr. P überzeugend widerlegt. Die Einholung eines weiteren gynäkologischen Gutachtens ist daher nicht veranlasst. 58

Es besteht auch kein Anlass zur Einholung eines pränatalmedizinischen Gutachtens (s. dazu bereits oben 1. c. aa)). Ein pränatalmedizinisches Gutachten wäre wohl erforderlich zur Beurteilung der Voruntersuchung vom 30.10.2008, die aber nicht streitgegenständlich ist. Die Beurteilung des allein streitgegenständlichen Geschehens am 09.11.2008 fällt in den Kompetenzbereich von Prof. Dr. O, da es hier um die Leistung des Kreißsaalteams geht (S. 5 BEV). Aus dem Umstand, dass die Beklagte zu 3 selbst Pränatalmedizinerin ist, folgt nichts anderes. Es besteht keinerlei Anhaltspunkt dafür, dass die Ultraschalluntersuchung durch Beklagte zu 3 falsch durchgeführt oder der Befund falsch bewertet worden wäre. Insbesondere spricht nichts dafür, dass die Beklagte zu 3 eine akute Notlage, die eine Notsectio erfordert hätte, übersehen haben könnte. Erst recht ist nicht ersichtlich, dass ein 59

Pränatalmediziner einen derartigen Fehler im Nachhinein feststellen könnte. Etwaige andere Fehler der Beklagten zu 3 wären irrelevant, da im Anschluss an die fragliche Untersuchung ohnehin eine zügige Sectio stattfand.

Schließlich ist auch kein neonatologisches Gutachten einzuholen, da keine 60
Behandlungsfehler in der Zeit nach der Geburt der Kläger geltend gemacht werden. Die
Beklagten zu 2-4 waren als Geburtshelfer tätig. Der insoweit maßgebliche Facharztstandard
ist nicht von einem neonatologischen Sachverständigen zu bestimmen.

4. Den Klägern war keine Gelegenheit zu geben, zu den Ergebnissen des 61
Senatstermins schriftsätzlich Stellung zu nehmen. Es haben sich keine wesentlichen neuen
Erkenntnisse ergeben, zu denen die Kläger nicht sogleich hätten Stellung beziehen können.
Insbesondere hat der Sachverständige im Wesentlichen nur das wiederholt und vertieft, was
er bereits zuvor ausgeführt hat.

III. 62

Die Kostenentscheidung für das Berufungsverfahren folgt aus den §§ 97 Abs. 1, 100 I ZPO. 63
Die Entscheidungen zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruhen auf den §§ 708 Nr. 10, 711
ZPO.

IV. 64

Eine Zulassung der Revision ist nicht veranlasst, da die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 65
ZPO nicht erfüllt sind.