
Datum: 07.02.2022
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 80/19
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2022:0207.3U80.19.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 111 O 88/17

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das am 16.05.2019 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Urteil und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar.

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

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

- I. 1
- 2
- Der Kläger verlangt aus übergegangenem Recht Schadensersatz im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen für den am 00.00.2002 geborenen A (im Folgenden: A bzw. Kind). 3
- Er hat erstinstanzlich von den Beklagten materielle Schadensersatzansprüche für von ihm erbrachte näher dargestellte Aufwendungen i.H.v. 20.572,47 € nebst Zinsen, 22.116,40 € nebst Zinsen, 4416,38 € nebst Zinsen sowie die Feststellung der Verpflichtung der Beklagten zum Ersatz sämtlicher weiterer, nicht anderweitig erstatteter Aufwendungen für das Kind 4

begehrt.

Vorgeburtlich hatte sich bei A ein zervikales Lymphangiom (gutartige Tumorerkrankung) entwickelt, das ab dem sechsten Lebensmonat mittels einer Sklerosierung (Verödung) behandelt wurde. Im Alter von 2 $\frac{3}{4}$ Jahren erfolgte eine endgültige operative Versorgung im Universitätsklinikum B. Im März 2006 erkrankte A an einer Infektion im Bereich des operierten Lymphangioms. Er hatte Fieber und aus der OP-Narbe entwich Sekret. Die Mutter stellte ihn am 17.03.2006 beim Kinderarzt vor, der eine antibiotische Therapie verordnete und dringend anriet, bei einer Verschlechterung des Zustands das Kind in eine Klinik zu bringen. Der Zustand verschlechterte sich am gleichen Tag noch erheblich, das Fieber stieg an und A musste erbrechen. In den Abendstunden dieses Tages begaben sich die Kindeseltern mit A in die Klinik der Beklagten zu 1. Auf der Fahrt erbrach sich A erneut und wurde ca. 5-10 Minuten vor Eintreffen in der Klinik bewusstlos. Gegen 19:05 Uhr wurde A in der Klinik der Beklagten zu 1) notfallmäßig in schon bewusstlosem Zustand von einer Kinderkrankenschwester aufgenommen und es wurden ein Assistenzarzt und der Beklagte zu 2) als Chefarzt der Kinderklinik alarmiert. Gegen 19:15 Uhr versuchten die Schwester und der Assistenzarzt, initial in der rechten Ellenbeuge des Kindes einen Zugang zu legen, was sich aber letztlich als erfolglos erwies. Sauerstoff wurde zunächst über eine Sauerstoffbrille und sodann mittels Maskenbeutelbeatmung verabreicht. Gegen 19:20 Uhr traf der Beklagte zu 2) ein. Der Zustand des Kindes hatte sich mittlerweile weiter verschlechtert und es kam zu einer kardiorespiratorischen Dekompensation mit Kreislaufstillstand. Daraufhin leitete der Beklagte zu 2) eine kardiopulmonale Reanimation und eine Intubation ein. Gegen 19:25 Uhr wurde zweimal eine halbe Ampulle Adrenalin über den Tubus gegeben, was allerdings keinen Effekt zeigte. Gegen 19:30 Uhr gelang es dem Beklagten zu 2), einen Katheter in der Vena femoralis zu platzieren. Hierüber wurde Adrenalin, Kochsalzlösung und Ringerlactat sowie Natriumcarbonat verabreicht. Es wurde die Diagnose einer schweren hypoxischen Insuffizienz gestellt. Um ca. 19:45 Uhr gelang es dem Beklagten zu 2), nach Herzdruckmassage und Reanimation einen normalen Herzrhythmus des Kindes zu restituieren. Nachdem eine telefonisch übermittelte Auswertung einer ersten Blutuntersuchung aus der Leistenvene eine schwere Unterzuckerung mit einem Blutzuckerwert von 9mg/dl ergeben hatte, wurde gegen 20:00 Uhr der Blutzuckerwert erneut kontrolliert und es ergab sich ein immer noch pathologischer Wert von 34 mg/dl. Daraufhin wurde 40 ml 10 %ige Glukose gegeben. Weiter zeigten sich Zeichen eines zerebralen Krampfanfalles im Sinne von Streckspasmen. Der Beklagte zu 2) verabreichte daraufhin Phenobarbital und schließlich bei Verdacht auf eine septisch-infektiöses Geschehen das Antibiotikum Cefotaxim. Um 20:15 Uhr lagen die Sauerstoffsättigungswerte stabil zwischen 85 % und 95 %. Eine Bestimmung des Blutdrucks gelang weiterhin nicht. Schließlich wurde A gegen ca. 20:50 Uhr in das Universitätsklinikum C zur weiteren Behandlung verlegt.

Am 23.07.2013 leitete ein Bediensteter der Leistungsabteilung des Klägers die Schadensakte zum Zwecke der Prüfung möglicher Schadensersatzansprüche wegen eines Behandlungsfehlers an die Regressabteilung des Klägers. Im Rahmen dieser Prüfung erstattete der insoweit zur Beurteilung des vorliegenden Falls fachfremde Internist und Kardiologe D unter dem 15.09.2016 ein schriftliches Gutachten für den Kläger. Unter dem 06.10.2016 verzichtete der Haftpflichtversicherer der Beklagten auf die Einrede der Verjährung bis zum 31.12.2017, soweit Verjährung noch nicht eingetreten war. Am 30.11.2017 wurde die vorliegende Klage an die Beklagten zugestellt.

Der Kläger hat erstinstanzlich behauptet, A sei jedenfalls in der Summe grob fehlerhaft behandelt worden. Es sei fehlerhaft unterlassen worden, (rechtzeitig) den Blutzuckerspiegel, den Blutdruck und die Sauerstoffsättigung zu bestimmen. Auch sei zu beanstanden, dass

eine Sauerstoffgabe über eine Maske nicht rechtzeitig stattgefunden habe. Maßnahmen zur Atemwegssicherung und zur Sicherstellung einer adäquaten Sauerstoffversorgung seien nicht unmittelbar durchgeführt worden, weshalb die Situation bis zur Dekompensation und Ausbildung eines Kreislaufstillstandes eskaliert sei. Fehlerhaft sei auch eine Bestimmung des endtidalen pCO₂-Wertes bis zur Verlegung in das Universitätsklinikum C unterblieben. Diese grob fehlerhafte Erstversorgung habe bereits für sich genommen zu einer Schwersthinderung des Kindes geführt. Weiter sei die Anlage eines Gefäßzuganges zu spät erfolgt, die Anlage eines intraossären Zuganges (Stahlkanüle in den Knochen) sei fehlerhaft unterblieben. Die schwere Unterzuckerung sei fehlerhaft erst erheblich verzögert festgestellt und dann im weiteren Verlauf fehlerhaft nicht konsequent und effektiv behandelt worden. Auch dieser Umstand sei kausal für die schweren Schäden. Schließlich seien weitere Befunderhebungen, wie Blutdruckmessungen, eine Blutgasanalyse und insbesondere in der Zeit von 20:00 Uhr bis 20:50 Uhr Messungen weiterer Parameter, wie Herzfrequenz, Sauerstoffpartialdruck und Laktatwerte unterblieben. Unter näherer Darlegung hat der Kläger behauptet, die von ihm getragenen Kosten beruhten auf der schweren Schädigung des Kindes, die durch Behandlungsfehler verursacht worden sei.

Die Beklagten sind dem Anspruch entgegengetreten. Sie haben unter näherer Darlegung behauptet, dass A fehlerfrei behandelt worden sei. Die Sauerstoffversorgung sei nicht zu beanstanden. Die korrekte Lage des Tubus sei überprüft worden. Eine Messung des Kohlendioxidgehaltes der Ausatemluft sei nach dem zum Behandlungszeitpunkt geltenden Standard nicht erforderlich gewesen. Die Sauerstoffsättigung sei aufgrund der schlechten Perfusion nicht messbar gewesen. Eine Blutgasanalyse sei zunächst nicht erforderlich gewesen, weil sie unter Reanimationsbedingungen nicht aussagekräftig sei. Eine Blutdruckmessung sei durchgeführt worden, habe aber aufgrund der Kreislagsituation vor und während der Reanimation keine Ergebnisse erbracht. Die Anlage des Gefäßzuganges sei innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen des Beklagten zu 2) erfolgt, was rechtzeitig gewesen sei. Ein Umschwenken auf einen intraossären Zugang sei nicht geboten gewesen. Auch die Unterzuckerung sei zeitgerecht festgestellt und behandelt worden, da der Fokus zunächst richtigerweise auf der Notfallbehandlung gelegen habe (Beatmung, Intubation, Verabreichung von Adrenalin und Wiederherstellung eines ausreichenden Kreislaufes). Auch im Übrigen sei die Behandlung nach Wiederbelebung bis zur Verlegung in das Universitätsklinikum C nicht zu beanstanden. Insbesondere seien in diesem Zeitraum die Herzfrequenz und die Sauerstoffsättigung dauerhaft gemessen worden, wobei sich stabile Werte gezeigt hätten. Die Blutdruckwerte seien wegen der Schwere des septischen Schocks weiterhin nicht messbar gewesen. Jedenfalls sei die Behandlung durch die Beklagten nicht kausal für die behaupteten Gesundheitsschäden. Die schwere Hirnschädigung mit allen folgenden neurologischen Komplikationen sei durch den septischen Schock mit daraus resultierendem Herz-Kreislauf-Stillstand verursacht worden.

8

Schließlich haben sich die Beklagten auf die Einrede der Verjährung berufen. Insoweit haben sie gemeint, die Ansprüche seien bereits im Jahr 2016 verjährt gewesen.

9

Das Landgericht hat mit dem angefochtenen Urteil nach Einholung eines Gutachtens des neuropädiatrischen Sachverständigen E, der sein Gutachten auch mündlich erläutert hat, die Klage vollumfänglich abgewiesen.

10

Zur Begründung hat es ausgeführt, dass ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen nicht bewiesen sei. Die Sauerstoffversorgung sei adäquat gewesen; insoweit sei die Verwendung einer Sauerstoffbrille nicht zu beanstanden. Auch das Ergebnis der Blutgasanalyse von 19:40 Uhr belege nicht, dass die Sauerstoffversorgung fehlerhaft gewesen sei. Dieses Ergebnis

11

lasse sich eher mit der Schock- und der dadurch verursachten Kreislaufsituation erklären. Es sei auch nicht fehlerhaft gewesen, dass der Kohlendioxidgehalt der Atemausluft nicht bestimmt worden sei; eine solche Bestimmung sei weder im Hinblick auf eine Überprüfung der Lage des Tubus noch für eine Überprüfung der Kreislaufsituation erforderlich gewesen. A habe nicht fehlerhaft verzögert Glukose erhalten. Zunächst habe die Reanimation Priorität gehabt. Nachdem es dem Beklagten zu 2) gelungen sei, einen venösen Katheter zu setzen, sei unmittelbar der Blutzuckerwert bestimmt worden. Es sei nicht zu beanstanden, dass nach Mitteilung des ersten sehr niedrigen Wertes zunächst mit einer weiteren Überprüfung reagiert worden sei, um dann Glukose in indizierter Dosis zu verabreichen. Im Übrigen lasse sich nicht feststellen, dass eine verzögerte Befunderhebung und/oder Gabe von Glukose zu einer bleibenden Hirnschädigung geführt habe, weil eine hirnschädigende Unterzuckerung bei Kindern einen auf CT-Bildern erkennbaren charakteristischen Befund zeige, der hier nicht vorliege; vielmehr bestehe eine hypoxisch-ischämische Hirnschädigung. Es sei nicht fehlerhaft verzögert ein Zugang gelegt worden. Dass ein solcher durch den Assistenzarzt durchgeführter erster Versuch misslungen sei, sei nicht fehlerhaft, da das Legen eines Zugangs gerade bei kleinen Kindern sehr schwierig sei. Dass es erst dem Beklagten zu 2) innerhalb von 10 Minuten nach seinem Eintreffen gelungen sei, einen venösen Katheter zu legen, sei schon deshalb nicht zu beanstanden, weil unmittelbar nach dessen Ankunft ein Herzstillstand eingetreten sei und dann die Reanimation Priorität gehabt habe. Es lasse sich auch nicht feststellen, dass eine intraossäre Vorgehensweise schneller zum Erfolg geführt hätte. Vor diesem Hintergrund lasse sich auch nicht feststellen, dass das Kind über den Zugang fehlerhaft verzögert Flüssigkeit erhalten habe. Im Hinblick auf Blutdruckmessungen sei das Vorgehen der Beklagten nicht zu beanstanden. Es seien mehrfach konventionelle Meßversuche unternommen worden. Dass diese Messungen nicht erfolgreich gewesen seien, sei der schlechten Kreislaufsituation geschuldet gewesen. Die technischen Voraussetzungen für eine invasive Blutdruckmessung seien nicht gegeben gewesen. Schließlich lasse sich nicht feststellen, dass A in unzureichendem Maße Adrenalin erhalten habe. Letztlich gebe es auch keine Anhaltspunkte dafür, dass eine zu geringe Gabe von Adrenalin zu dem Hirnschaden geführt habe. Die überzeugenden Angaben des gerichtlichen Sachverständigen E seien durch die privatgutachterlichen Äußerungen des D nicht erschüttert, da letzterer Internist und nicht Kinderarzt sei. Zudem habe der Privatgutachter seine Vorbehalte offenkundig aus der Perspektive eines im Krankenhaus der Maximalversorgung tätigen Notfallmediziners formuliert. Dessen Anforderungen dürften auf die Tätigkeit eines Kinderarztes im Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung nicht übertragen werden.

Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstands und zur näheren Darstellung der erstinstanzlich gestellten Schlussanträge wird auf den Tatbestand des angefochtenen Urteils Bezug genommen.

12

Gegen dieses Urteil wendet sich der Kläger mit seiner Berufung, mit der er vollumfänglich seine erstinstanzlichen Anträge weiterverfolgt. Er hat in der Berufungsbegründung zunächst unter Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Vortrages behauptet, dass es insbesondere fehlerhaft gewesen sei, unter der Arbeitshypothese einer Sepsis nicht sofort einen Zugang gelegt zu haben, wobei hier leicht ein intraossärer Zugang möglich gewesen wäre. Unter Bezugnahme auf Leitlinien – die allerdings den Stand des Jahres 2017 haben – sowie mehrere Studien hat der Kläger behauptet, dieser sei sogar bei einem Kind das Mittel der ersten Wahl gewesen. Entgegen den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen wäre hiermit auch ein erheblicher Zeitgewinn verbunden gewesen, da ein solcher Zugang bereits kurz nach 19:15 Uhr und damit vor dem Kreislaufstillstand hätte gelegt werden können. Insbesondere hätte durch einen solchen Zugang zeitnah Glukose zugeführt werden

13

können, zumal eine unverzügliche Messung gegen 19:15 Uhr mit einfachen Mitteln möglich gewesen wäre. Zugrundelegen sei hierbei der sich aus der Dokumentation ergebende Wert von 9mg/dl, der vom gerichtlichen Sachverständigen zu Unrecht bezweifelt worden sei.

Ferner nimmt der Kläger auf ein weiteres von ihm eingeholtes Privatgutachten des Sachverständigen F vom 08.08.2019 nebst Ergänzung vom 06.08.2021 Bezug und behauptet insoweit, dass eine rechtzeitige Zuführung von Glukose den Schaden verhindert hätte. Insoweit habe F die MRT-Bilder ausgewertet - was der gerichtliche Sachverständige unterlassen habe – und sei zu dem Ergebnis gekommen, dass sich hieraus Anzeichen für einen schweren Hypoglykämiezustand ergäben. Damit könne nicht zweifelhaft sein, dass die schweren cerebralen Schäden durch eine Unterzuckerung verursacht worden seien, auf die seitens der Beklagten nicht sachgerecht reagiert worden sei. Zudem hat der Kläger in der Berufungsbegründung nach wie vor unter Bezugnahme auf die Ausführungen des Privatgutachters D eine unzureichende Sauerstoffzufuhr beanstandet. Soweit das Landgericht gemeint habe, dass bei Neugeborenen eine Behandlung mit Sauerstoff nicht zwingend indiziert sei, habe es übersehen, dass A zum Zeitpunkt der Behandlung fast vier Jahre alt gewesen sei. Ebenso sei mangels rechtzeitiger Blutgasanalyse die Sauerstoffsättigung nicht hinreichend geprüft worden. Bei rechtzeitiger Sauerstoffgabe und Zuführung von Flüssigkeit hätte der eingetretene Kreislaufstillstand verhindert werden können. Die durchgeführten Blutgasanalysen, deren Ergebnisse erst gegen 20:00 Uhr vorgelegen hätten, seien zu spät erfolgt. Deshalb müssten sich die Beklagten auch einen Befunderhebungsfehler vorwerfen lassen, weil sie lediglich die Atemaußenluft nach dem Kohlendioxidgehalt gemessen hätten. Auch dies sei behandlungsfehlerhaft wie auch die unzureichende Gabe von Adrenalin. Schließlich könne der Auffassung des Landgerichts nicht gefolgt werden, dass die von dem Privatgutachter D gestellten Anforderungen nicht auf die Tätigkeit eines Kinderarztes in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung übertragen werden dürften. Es sei nicht nachvollziehbar und werde bestritten, wenn der Beklagte zu 2) im Termin erklärt habe, dass in der Klinik für eine arterielle Punktion ein Blutdruckmessgerät nicht vorhanden gewesen sei. Hilfsweise macht sich der Kläger dieses Vorbringen zu eigen, weil es auf einen schweren organisatorischen Mangel hinweise.

Der Kläger hat allerdings sämtliche vom Sachverständigen D erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe im Zusammenhang mit der Reanimation und Behandlung des septischen Geschehens auf der Grundlage der Begutachtung seines weiteren Privatsachverständigen F und nach Rücksprache mit ihm im Senatstermin vom 07.02.2022 ausdrücklich fallen gelassen und nicht mehr zum Gegenstand der Berufung gemacht. Gegenstand der Berufung sei daher lediglich noch die unzureichende Diagnostik im Zusammenhang mit der Hypoglykämie. Diesbezüglich wird auf den Berichterstattevermerk Bezug genommen.

Der Kläger beantragt unter Abänderung des angefochtenen Urteils,

1.

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 20.572,47 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.10.2016 zu zahlen,

2.

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 22.116,40 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.10.2016 zu zahlen,

21

3.	
festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger diejenigen leistungsrechtlichen und nicht anderweitig erstatteten weiteren Aufwendungen zu ersetzen, die ihm als Folge der am 17.03.2006 in der Klinik der Beklagten zu 1) erfolgten Behandlung des Herrn A (geb. 00.00.2002) entstanden sind und noch entstehen werden,	22
4.	23
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn 4.416,38 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 04.10.2016 zu zahlen,	24
Die Beklagten beantragen,	25
die Berufung des Klägers zurückzuweisen.	26
Die Beklagten sind der Berufung unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrags entgegengetreten. Die Behandlung durch die Ärzte der Beklagten zu 1) bzw. durch den Beklagten zu 2) sei in jeder Hinsicht adäquat und fehlerfrei gewesen. Insbesondere berufen sie sich mit näheren Darlegungen weiterhin auf die Einrede der Verjährung.	27
Der Senat hat gemäß § 412 Absatz 1 ZPO zur weiteren Sachaufklärung ein weiteres schriftliches Gutachten eines Intensivpädiaters eingeholt, das der Sachverständige G unter dem 20.05.2021 erstattet hat. Ferner hat G in Vorbereitung des Senatstermins sowie als Reaktion auf ein weiteres Gutachten des Privatsachverständigen F unter dem 23.12.2021 eine ergänzende schriftliche Stellungnahme abgegeben.	28
Im Senatstermin vom 07.02.2022 hat der Sachverständige G sein Gutachten in Anwesenheit des Privatsachverständigen F, der auch Gelegenheit hatte, den gerichtlichen Sachverständigen zu befragen, ergänzt und erläutert. Wegen der Einzelheiten wird auf das Sitzungsprotokoll sowie den Berichterstatteervermerk vom 07.02.2022 Bezug genommen.	29
II.	30
Die form- und fristgerecht eingelegte und begründete Berufung des Klägers hat in der Sache keinen Erfolg. Die angefochtene Entscheidung hält im Ergebnis rechtlicher Überprüfung stand. Dem Kläger stehen keine übergegangenen Ansprüche gegen die Beklagten aus der streitgegenständlichen Behandlung zu, da Behandlungsfehler der Beklagten auf der Grundlage des vom Senat ergänzend eingeholten Gutachtens des Sachverständigen G, der die Angaben des erstinstanzlich tätigen Sachverständigen E im Wesentlichen bestätigt hat, nicht feststellbar sind.	31
1.	32
So sind zunächst fehlerhafte Maßnahmen im Bereich des Reanimationsgeschehens des Kindes vom Kläger nicht bewiesen worden. Dementsprechend hat der Kläger im Senatstermin durch seinen Prozessbevollmächtigten Behandlungsfehlervorwürfe in diesem Bereich auch ausdrücklich fallen gelassen, nachdem der Privatsachverständige F – im Gegensatz zu dem zuvor für den Kläger tätigen Privatsachverständigen D, dem es offensichtlich sowohl ausweislich seiner Facharztbezeichnung als auch der Inhalte seines Gutachtens an der erforderlichen Sachkunde fehlte – in seinem Gutachten vom 08.08.2019 erklärt hat, dass die Kreislaufsituation in der kritischen Situation sicherlich korrekt behandelt worden sei (siehe Bl. 319 der Akte) bzw. in seinem Gutachten vom 06.08.2021 ausgeführt	33

hat, dass es über die einzelnen Schritte der Reanimation auch von seiner Seite her keine Beanstandung gebe (Bl. 676 der Akte). Gleichwohl ist, da der Sachverständige G hierzu in seinem schriftlichen Gutachten ausführlich Stellung genommen hat, in Ergänzung zum angefochtenen Urteil Folgendes festzustellen:

Entgegen der noch in der Berufungsbegründung wiederholten Behauptungen des Klägers und in Übereinstimmung mit den Ausführungen des bisherigen Sachverständigen E hat auch der vom Senat beauftragte SV G die primäre Anlage eines intraossären Zuganges nach den zum Behandlungszeitpunkt geltenden Leitlinien nicht für erforderlich gehalten. Vielmehr sei in diesen angegeben, dass die Anlage eines intraossären Zuganges gegebenenfalls erst dann in Betracht komme, wenn ein adäquater intravenöser Zugang nicht möglich sei. Nachdem dies nicht gelungen sei, sei dies richtigerweise zurückgestellt worden, weil dann zunächst die durch die behandelnden Ärzte durchgeführten Reanimationsmaßnahmen (Herzdruckmassage und Intubation) vorrangig gewesen seien; eine Unterbrechung dieser Reanimationsmaßnahmen zu Gunsten einer früheren Zugangslage seien (sogar) zu keinem Zeitpunkt vertretbar gewesen bzw. hätten keineswegs den Reanimationsleitlinien entsprochen. Mithin war auch nach den Ausführungen des Sachverständigen G die dann tatsächlich erfolgreich durch den Beklagten zu 2) durchgeführte Anlage eines intravenösen Zugangs um 19:30 Uhr nicht fehlerhaft. Die weiteren Ausführungen der Klägerseite dazu, welche Möglichkeiten sich bei der erfolgreichen Anlage eines Zugangs schon um 19:15 Uhr ergeben hätten (frühere Messung des Zuckerwertes, frühere Gabe von Glukose), erübrigen sich damit. 34

Auch die Sauerstoffversorgung hat der Sachverständige G als regelgerecht angesehen. Insoweit sei eine adäquate und ausreichende Sauerstoffgabe, initial bei erhaltener Atmung mittels Sauerstoffbrille, sodann schon vor und unter laufender Reanimation mit 100 % Sauerstoff zunächst über die Beutelmaskenbeatmung und folgend über den Tubus erfolgt. Zudem sei im Pflegebericht eine Atemfrequenz vor dem Atemstillstand von 20/min angegeben, welche für ein 3,5 jähriges Kind als ausreichend zu bezeichnen sei. Nachdem der Atemstillstand eingetreten sei, sei sofort umgehend die Maskenbeatmung und beim Herzkreislaufstillstand die Intubation mit jeweils 100 %iger Sauerstoffgabe erfolgt. 35

Die verabreichte Dosis von Adrenalin, die der gerichtliche Sachverständige nochmals genau aus den Unterlagen zitiert hat (initial 0,1 mcg/kg/min, dann 0,2 mcg/kg/min), war nach den Ausführungen des Sachverständigen G leitliniengerecht. 36

Hinsichtlich Blutgasanalyse, CO₂-Wert und Bestimmung weiterer Vitalparameter stimmt G gleichfalls mit dem gerichtlichen Vorgutachter E überein. Eine endtidale pCO₂-Messung sei bei Intubation nicht zwingend erforderlich, als sicheres Intubationskriterium zähle ebenfalls eine Intubation unter Sicht mit sicherer Platzierung des Tubus zwischen den Stimmbändern hindurch. Eine Blutgasanalyse sei bei Zugangslage um 19:30 Uhr abgenommen worden, diese habe um 19:40 Uhr ein venöses pCO₂ von 55 mmHg gezeigt, welches in dieser Situation unter Beatmung als adäquat gelte. Auch weitere Vitalparameter seien, soweit möglich, adäquat und kontinuierlich gemessen worden, die Herzfrequenz und im Verlauf auch die peripheren Pulse seien mehrmals gemessen worden. Der Sauerstoffpartialdruck sei in der venösen BGA von 19:40 Uhr mit 33 mmHg gemessen worden. Ein Laktatwert hätte während einer Reanimation keine relevanten zusätzlichen Erkenntnisse erbracht und die Akuttherapie nicht entscheidend verändert. Eine periphere Blutdruckmessung sei aufgrund der Zentralisierung im Rahmen des schweren septischen Schocks und der Reanimation mehrmals bis zur Verlegung nicht möglich gewesen, was allerdings nicht zu bestanden sei. Die Messung des peripheren Blutdrucks und der Sauerstoffsättigung sei bei einem 37

septischen Kind, welches bereits zentralisierte, praktisch nicht oder nur sehr schwer möglich, da die Messung an den Extremitäten erfolge und diese bei Zentralisation bereits deutlich schlechter durchblutet seien. Weitere Blutwerte hätten in der Akuttherapie des septischen Schocks und des daraus resultierenden Herz-Kreislaufversagens keinen Mehrwert erbracht. Insgesamt hat G ausgeführt, dass über die von den Beklagten durchgeführten Untersuchungen hinaus, weitergehende Untersuchungen in Anbetracht der Akutsituation nicht angebracht gewesen seien und nur zu einer unnötigen Zeitverzögerung geführt hätten.

2.

38

Soweit von den beiden Privatsachverständigen des Klägers zunächst kritisiert worden ist, dass der Blutzuckerwert von 9mg/dl nicht genügend beachtet worden sei, hat erstmals der vom Senat beauftragte Sachverständige G sein Augenmerk darauf gelegt und differenziert betrachtet, wann die Beklagten überhaupt Kenntnis von diesem Wert hatten. Die Privatsachverständigen sind offensichtlich unkritisch davon ausgegangen, dass dieser Wert schon um 19:40 Uhr vorlag. Das kann allerdings so nicht hinreichend sicher festgestellt werden. Zwar ergibt sich aus dem Verlegungsbrief vom 22.03.2006 (der also erst 5 Tage nach der streitgegenständlichen Behandlung verfasst worden ist) unter dem Stichwort „Labor von 19:40 Uhr“ ein Glukosewert von 9 mg/dl und unter dem Stichwort „Labor von 19:55 Uhr“ ein Glukosewert von 34mg/dl. Wie der vom Senat beauftragte Sachverständige G allerdings aus den Unterlagen zutreffend entnommen hat, ist auf dem entsprechenden Laborschein die Uhrzeit des Auftrages mit 19:45 Uhr angegeben und die Uhrzeit des Ausgangs des Befundes mit 20:08 Uhr. Nach dieser Unterlage kann es also keinesfalls zutreffend sein, dass die Beklagten schon um 19:40 Uhr Kenntnis der Befunde hatten und wahrscheinlich auch noch nicht um 19:45 Uhr, da es sich bei dieser Uhrzeit wohl um die Eingangszeit im Labor oder jedenfalls den Beginn der Untersuchungen im Labor handelt. Insoweit ist zu gewärtigen, dass die entsprechende Blutentnahme auch erst gegen ca. 19:30 Uhr oder kurz danach erfolgt ist und ein gewisser Zeitraum bis zum Eingang im Labor vergeht. Das konnte kaum in 10 Minuten oder noch weniger erfolgt sein. Plausibel ist daher aufgrund des Laborscheins die Angabe des Beklagten zu 2) im Kammertermin beim Landgericht, dass man von dem extrem niedrigen Glukosewert erst angesichts des telefonischen Vorabbefundes des Labors kurz vor 20:00 Uhr oder gegen 20:00 Uhr erfahren habe. Unter Berücksichtigung dieser Uhrzeit war die nochmalige Messung des Glukosewerts um 20:00 Uhr – also unmittelbar nach Mitteilung des extrem niedrigen Wertes von 9mg/dl-, der einen Wert von 34mg/dl ergab und die dann unmittelbar erfolgte Gabe von Glukose nicht fehlerhaft. Der Umstand, dass die Beklagten von dem extrem niedrigen Wert erst gegen 20:00 Uhr oder kurz vorher erfahren haben könnten, ist von den Privatsachverständigen bei ihren Ausführungen nicht berücksichtigt worden. Soweit also letztlich der ganz genaue Zeitpunkt des Bekanntwerdens des extrem niedrigen Wertes von 9mg/dl unklar bleibt bzw. nicht vollständig aufzuklären ist, geht diese Unklarheit zulasten des beweisbelasteten Klägers, da dieser beweisen muss, zu welchem Zeitpunkt die Beklagten von einem Glukosewert Kenntnis hatten, der eine sofortige Gabe von Glukose erforderlich machte. Den Beweis, dass die Beklagten schon deutlich vor der dann tatsächlich erfolgten Glukosegabe Kenntnis von dem sehr niedrigen Wert hatten, konnte der Kläger nicht führen, so dass er letztlich hinsichtlich der behaupteten verspäteten Gabe von Glukose insoweit schon nicht den Beweis eines Behandlungsfehlers erbracht hat.

39

Offensichtlich hat der Kläger diese Beweisnot nach den überzeugenden Darlegungen des Sachverständigen G in seinem schriftlichen Gutachten auch erkannt und seine Behauptungen nunmehr im Schriftsatz vom 18.08.2021 dahingehend modifiziert und geändert, dass den Beklagten die Kenntnis des niedrigen Blutzuckerwertes erst frühestens um 20:00 Uhr vorlag (siehe Bl. 671 der Akte).

40

3.	41
Schließlich ist auch eine fehlerhaft unterlassene frühzeitigere Diagnostik zur Ermittlung einer möglicherweise bei A vorliegenden Hypoglykämie, die aufgrund der Erklärungen des Prozessbevollmächtigten des Klägers im Senatstermin letztlich im Berufungsverfahren einzig noch in Streit steht (siehe Berichterstattevermerk, Seite 1), nicht feststellbar.	42
Erstmals in seiner Stellungnahme vom 18.08.2021 zum Sachverständigengutachten des G hat der Kläger – wie bereits oben ausgeführt – nunmehr behauptet, die Beklagten hätten tatsächlich erst gegen 20:00 Uhr von dem niedrigen Glukosewert Kenntnis erhalten. Unter Bezugnahme auf ein weiteres ergänzendes Privatgutachten des Sachverständigen F vom 06.08.2021 verlegt der Kläger schwerpunktmäßig seinen Behandlungsfehlervorwurf darauf, dass nicht schon initial bei Eintreffen des Kindes in der Klinik der Beklagten um kurz nach 19:00 Uhr der Glukosewert bestimmt worden sei, während die übrigen Ausführungen des Sachverständigen G in seinem ersten schriftlichen Gutachten zur Frage der Behandlungsfehlerhaftigkeit offensichtlich nicht mehr beanstandet werden. Diese modifizierten Behauptungen des Klägers haben den Senat veranlasst, in Vorbereitung des Senatstermins ein Ergänzungsgutachten des Sachverständigen G einzuholen.	43
In diesem Ergänzungsgutachten vom 23.12.2021 hat der Sachverständige G mit überzeugenden Ausführungen auch insoweit einen Behandlungsfehler der Beklagten verneint. Zwar hätte man, wenn ein Blutzuckermessgerät auf der Intensivstation vorhanden gewesen wäre, eine Messung als frühe Maßnahme machen können. Allerdings sei das Kind schon bei Eintreffen in der Klinik in einem Schockzustand mit Kreislaufzentralisation und kurz danach reanimationspflichtig gewesen, sodass die lebenserhaltenden Maßnahmen im Vordergrund gestanden hätten. Eine Blutzuckermessung sei zu diesem Zeitpunkt im Reanimations- Algorithmus (ERC-Leitlinien 2005) nicht vorgesehen. Die lebenserhaltenden Maßnahmen nach ERC-Leitlinie stünden zu diesem Zeitpunkt im Vordergrund. Zwar wäre eine Messung des Blutzuckers kurz nach Eintreffen des Kindes sinnvoll gewesen. Es sei den Ausführungen des Privatsachverständigen F aber nicht zuzustimmen, dass eine frühzeitige Bestimmung mittels Teststreifen durch Fingerpieks hätte erfolgen können und müssen. Ein Fingerpieks zur Blutzuckerbestimmung hätte vielmehr bei Kreislauf- zentralisiertem Kind mit längerer low-flow Perfusion des peripheren Gewebes keine validen Werte der Blutgasanalyse und des Blutzuckers ergeben.	44
Diese Angaben hat der Sachverständige G bei ergänzender intensiver Befragung im Senatstermin nochmals in überzeugender Weise vertieft und bestätigt. Diesbezüglich hat er ausgeführt, dass man zwar bei einem komatösen Kind die Hypoglykämie in die Differenzialdiagnostik einbeziehen müsse. In die Leitlinien sei die Blutzuckerdiagnostik erstmals im Jahr 2010 aufgenommen worden. Zwar wäre es wünschenswert gewesen, eine Blutzuckerbestimmung initial durchzuführen, zwingender Standard sei dies allerdings im Jahr 2006 nicht gewesen.	45
Den vom Privatsachverständigen F geforderten Blutzuckertest durch Fingerpieks hat der Sachverständige G deshalb nochmals als zweifelhaft und nicht verpflichtend bezeichnet, weil angesichts einer bereits bestehenden Zentralisierung des Kindes mit einer solchen Methode valide Ergebnisse nicht zu erwarten gewesen wären. Solche validen Ergebnisse wären nur über die Anlage eines venösen Zugangs zu erwarten gewesen, der vorliegend allerdings vom zunächst behandelnden Assistenzarzt versucht wurde und in nicht vorwerfbarer Weise letztlich nicht funktioniert hat. Letztlich hat G nochmals mehrfach die engen zeitlichen Abläufe in der konkreten Behandlungssituation betont (die Ereignisse hätten sich praktisch überschlagen) sowie ferner den Gesichtspunkt, dass zunächst die lebenserhaltenden	46

Maßnahmen Vorrang vor einer gesonderten Bestimmung des Blutzuckerwertes etwa durch Fingerpieks gehabt hätten. Zusammenfassend hat der gerichtliche Sachverständige G das Vorgehen der Beklagten auch insoweit nicht nur als nicht fehlerhaft, sondern sogar als richtige Vorgehensweise bewertet. Dies hat er eindrucksvoll mit seiner Aussage deutlich gemacht, dass auch er als Direktor einer intensivpädiatrischen Universitätsklinik mit langjähriger Erfahrung in der Behandlung derartiger Notfälle genauso gehandelt hätte wie die damals beteiligten Ärzte. Auch er hätte versucht, zunächst einen Zugang zu legen, um dann über diesen Zugang eine Blutgasanalyse zu machen. Es sei um Lebensrettung gegangen und nicht primär um die Bestimmung des Blutzuckers. Dieser überzeugenden Wertung des Sachverständigen G schließt sich der Senat an.

Insbesondere stehen dem die lediglich pauschalen Ausführungen des Privatsachverständigen F nicht entgegen, zumal der gerichtliche Sachverständige G als Direktor einer intensivpädiatrischen Universitätsklinik über eine in diesem Bereich besondere und bessere Expertise als der Privatsachverständige F, dessen besondere Expertise in pädiatrischer Intensivmedizin jedenfalls ausweislich seiner aus dem Briefkopf zu entnehmenden Bezeichnungen nicht ersichtlich ist. Wie wichtig eine solche herausragende Expertise für die Beurteilung des vorliegenden Falles ist, ergibt sich in besonderer Weise aus dem Schreiben des vom Senat zunächst beauftragten Sachverständigen H – der immerhin auch Direktor einer großen Universitätsklinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie ist – vom 19.06.2020 (Bl. 608 der Akte). Dieser hat um Entpflchtung von seinem Gutachtenauftrag gebeten, weil der Sachverhalt aus seiner Sicht unbedingt durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und langjähriger praktischer Erfahrung in Akutmedizin bei Kindern und Jugendlichen erfolgen müsse. Inwieweit der Privatsachverständige F über diese besonderen Weiterbildungen und praktischen Erfahrungen gerade in der Kinderintensivmedizin verfügt, ist jedenfalls aus seinem Briefkopf nicht ersichtlich. Auch aus im Internet frei zugänglichen Lebensläufen des Privatsachverständigen F ist nicht ersichtlich, dass dieser über besondere Qualifikationen oder Schwerpunkte im Bereich der Kinderintensivmedizin bzw. Akutbehandlung verfügt, sondern sein Schwerpunkt in der Neuropädiatrie bzw. der Epileptologie liegt.

47

Auch in der Sache erweisen sich die Ausführungen von F als nicht überzeugend. So hat der Privatsachverständige keine einzige konkrete Quelle (etwa in Form einer Leitlinie, eines Lehrbuchs, einer sonstigen wissenschaftlichen Publikation oder auch nur einer Aus- oder Weiterbildungsordnung) genannt, aus der sich ergibt, dass in einer derartigen Situation zusätzlich zu den lebenserhaltenden Reanimationsmaßnahmen die Blutzuckerwertbestimmung mittels Fingerpieks zwingend nach dem Facharztstandard des Jahres 2006 erforderlich war. Vielmehr hat er sich auch noch im Senatstermin sehr pauschal darauf berufen, dass jeder Facharzt das wissen musste, ohne auch dort einen konkreten Beleg für seine Behauptung zu nennen. Demgegenüber hat der gerichtliche Sachverständige konkret ausgeführt, dass im bereits oben genannten Reanimations-Algorithmus (ERC-Leitlinien 2005) zu diesem frühen Zeitpunkt eine Blutzuckerbestimmung nicht vorgesehen war, sondern erst in den ab dem Jahr 2010 geltenden Leitlinien im Wege einer Soll-Bestimmung die Messung des Blutzuckers erstmals aufgeführt wurde. Abgesehen davon, dass der Sachverständige F zu Gunsten des Klägers seine Behandlungsfehlervorwürfe im Laufe des Berufungsverfahrens im Hinblick auf die überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen G der jeweiligen Prozesssituation angepasst hat, und zwar von zunächst zu später Gabe von Glukose nach Kenntnis des Befundes über die Forderung nach der Blutzuckerbestimmung durch Fingerpieks bis schließlich im Senatstermin zur Forderung einer Blutentnahme am Ohrläppchen, zeigt gerade die letztgenannte im Senatstermin erhobene Forderung nach den Ausführungen des gerichtlichen

48

Sachverständigen G, dass der Privatsachverständige F offensichtlich auch mit wissenschaftlich nicht haltbaren Forderungen versucht hat, eine für den Kläger günstige Entscheidung herbeizuführen. Der Sachverständige G hat im Senatstermin auf die Forderung des Privatsachverständigen nach einer Blutentnahme am Ohrläppchen dahingehend reagiert, dass man eine solche vielleicht bei Leistungssportlern zur Bestimmung des Laktatwertes durchführe, dies aber in der Pädiatrie keine adäquate, sondern vielmehr eine dort unbekannte Maßnahme sei. Dem ist seitens des Senats nichts hinzuzufügen.

Die Tendenziösität des Privatsachverständigen F zeigt sich weiterhin auch darin, dass er in seinem Gutachten vom 06.08.2021 zum Beleg der Kausalität der Hypoglykämie für die bei dem Kind aufgetretene Hirnschädigung Studien genannt hat, die offensichtlich nicht auf die hier streitgegenständliche Behandlungssituation zutrafen, wie der gerichtliche Sachverständige G in seinem Ergänzungsgutachten vom 23.12.2021 deutlich herausgearbeitet hat. Diese vom Privatsachverständigen vorgelegten Studien, betreffend die MRT-Befunde, welche als Ursache des neurologischen Outcomes die Hypoglykämie als entscheidenden Faktor sähen, seien unzureichend und nicht vergleichbar mit dem Patienten A. Auch hierin zeigt sich die Tendenz des Privatsachverständigen zu Gunsten des Klägers.

49

Schließlich ist auch auffällig, dass in den Behandlungsunterlagen des nachbehandelnden Universitätsklinikums C, insbesondere in den Befunden der dortigen Neuroradiologen, dem Gesichtspunkt der Unterzuckerung keine besondere Rolle beigemessen worden ist, wobei besonders zu betonen ist, dass der Privatsachverständige F seinerzeit selbst an der Behandlung des Kindes beteiligt war, ohne dass auch er offensichtlich seinerzeit der Problematik der Hypoglykämie eine besondere Rolle eingeräumt hätte. Die diesbezüglichen Erklärungsversuche von F hierzu, insbesondere zur Befundung durch die Neuroradiologen des Universitätsklinikums C, sind, wie der gerichtliche Sachverständige G in seinem Ergänzungsgutachten herausgearbeitet hat, wenig überzeugend. Auch die weitere Rechtfertigung im Senatstermin, dass es schon einmal vorkomme, dass bestimmte Schädigungsmuster erst zu einem späteren Zeitpunkt in den Vordergrund rückten bzw. er selbst möglicherweise während der Behandlungszeit des Kindes in Urlaub gewesen sei, sprechen insoweit für sich.

50

Im Ergebnis hält daher der gerichtliche Sachverständige mit überzeugender Begründung die initiale Bestimmung des Blutzuckers mittels entsprechenden Messgerätes zwar für sinnvoll, deren Unterlassung in der konkreten Schock- und Reanimationssituation allerdings nicht für fehlerhaft, ohne dass nach obigen Ausführungen die pauschal geäußerte andere Auffassung des Privatsachverständigen F an der entsprechenden Überzeugungsbildung des Senats irgendetwas ändern könnten.

51

Da nach obigen Ausführungen schon kein – einfacher – Behandlungsfehler feststellbar ist, kommt erst recht kein grober Behandlungsfehler im Bereich der Diagnostik der Hypoglykämie in Betracht, wie dies der Privatsachverständige F im Senatstermin pauschal angenommen hat, ohne dass aus seinen Ausführungen – abgesehen von den fehlenden Quellenangaben – eine hinreichende Differenzierung zwischen einfachem und grobem Behandlungsfehler zu entnehmen gewesen wäre. Die Annahme eines groben Behandlungsfehlers verbietet sich schon aufgrund der vom gerichtlichen Sachverständigen G mehrfach betonten dramatischen Behandlungssituation, in der sich die Ereignisse praktisch überschlagen haben und in der die Lebensrettung des Kindes zunächst im Vordergrund stand. Abgesehen davon kann das Verhalten der seinerzeit tätigen Ärzte auch deshalb nicht als völlig unverständlich und gegen das Dickgedruckte in der Medizin eingeordnet werden, weil von ihnen in der damaligen Behandlungssituation in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung keine

52

besseren Kenntnisse oder kein besserer Standard erwartet werden konnte als derjenige, der jedenfalls in einer pädiatrischen Intensivstation eines großen Universitätsklinikums (hier des Universitätsklinikums I) galt. Insoweit ist nochmals auf die Angabe des Sachverständigen G zu verweisen, nach der er als Direktor einer solchen universitären Kinderintensivstation genauso gehandelt hätte wie die damals tätigen Ärzte.

3. 53

54
Angesichts dessen, dass nach obigen Ausführungen schon kein Behandlungsfehler im Bereich der Diagnostik der Hypoglykämie feststellbar ist, wird nur ergänzend darauf verwiesen, dass selbst bei Unterstellung eines solchen – maximal einfachen – Behandlungsfehlers seitens des Klägers nicht bewiesen ist, dass eine frühzeitigere Blutentnahme durch Fingerpieks mit dem Versuch einer Bestimmung des Blutzuckerwertes zu dem reaktionspflichtigen Befund einer Unterzuckerung des Kindes geführt hätte. Insoweit hat der Sachverständige G im Senatstermin nochmals bekräftigt, dass mit ganz hoher Wahrscheinlichkeit eine zuverlässige Blutzuckerbestimmung über eine periphere Messung aufgrund der bereits bestehenden Zentralisation des Kindes nicht möglich gewesen wäre. Es bleibt daher jedenfalls spekulativ und vom Kläger nicht mit dem Maßstab des § 286 ZPO bewiesen, dass bei einer Blutzuckerbestimmung mittels Fingerpieks überhaupt verwertbares Blut hätte gewonnen werden können bzw. ob sich ein valides Ergebnis mit dem Erfordernis einer frühzeitigeren Gabe von Glukose ergeben hätte. Diesen überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen sind der Kläger bzw. der Privatsachverständige F nicht in entscheidungserheblicher Weise entgegengetreten.

4. 55

56
Angesichts dessen, dass bereits kein haftungsrelevanter Behandlungsfehler feststellbar ist, kommt es auf die zwischen dem gerichtlichen Sachverständigen G und dem Privatsachverständigen F diskutierte Frage der Ursächlichkeit der Hirnschädigung des Kindes nicht mehr an, so dass die vom Klägervorteiler im Senatstermin beantragte Schriftsatzfrist zur Vorlage einer aktuellen Studie bezüglich derartiger Kausalitäten nicht veranlasst war.

5. 57

58
Ebensowenig kommt es auf die vom Senat zu Beginn des Berufungsverfahrens aufgeworfene und näher vertiefte Frage der Verjährung an, da Klage und Berufung bereits aus den oben genannten medizinischen Gründen ab- bzw. zurückzuweisen waren. Der Senat neigt aber dazu, wie bereits im Termin deutlich gemacht, aufgrund der umfangreichen und für den Senat hinreichenden Darlegungen des Klägers im Rahmen dessen sekundärer Darlegungslast eine Verjährung der streitgegenständlichen Ansprüche nicht anzunehmen.

III. 59

60
Die Kostenentscheidung für das Berufungsverfahren folgt aus § 97 Abs. 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 10 S.1, 711 ZPO.

61
Eine Zulassung der Revision ist nicht veranlasst, da die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO nicht erfüllt sind; es handelt sich vielmehr um eine vornehmlich medizinisch zu bewertende Entscheidung eines Einzelfalls.
