
Datum: 17.04.2002
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 131/01
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2002:0417.5U131.01.00

Vorinstanz: Landgericht Bonn, 9 O 228/00

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Landgerichts Bonn vom 18.6.2001 (9 O 228/00) wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung abwenden durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120% des beizutreibenden Betrages, wenn nicht die Beklagte zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand:

1

Der Kläger begehrt Schmerzensgeld und Feststellung der Erstattungspflicht für künftige materielle und immaterielle Schäden wegen einer Schädigung, die er bei seiner Geburt als Folge einer Schulterdystokie erlitten hat.

2

Die Mutter des Klägers, für die es die erste Geburt war, litt neben erheblichem Blut-hochdruck und einem zuletzt diagnostizierten Schwangerschaftsdiabetes sowie einer leichten Präeklampsie unter erheblicher Adipositas. Sie nahm während der Schwangerschaft mit mehr als 30 kg in weit überdurchschnittlichem Maße weiter zu. Die während der Schwangerschaft durchgeführten Ultraschalluntersuchungen ergaben keine Hinweise auf eine Makrosomie des Klägers. Bei der am 14.10.1997, dem errechneten Geburtstermin, durchgeführten Untersuchung wurde ein geschätztes Geburtsgewicht von 3900 bis 4000 Gramm ermittelt. Dabei lag der Kopfumfang des Klägers im mittleren Normbereich, während der Rumpfdurchmesser deutlich oberhalb der Norm lag. Am 23.10.1997 wurde die Mutter des Klägers im Krankenhaus der Beklagten zu 1) stationär zur Entbindung aufgenommen. Am Morgen des folgenden Tages wurde die Geburt eingeleitet. Es entwickelte sich eine Wehentätigkeit, die allerdings wiederholt zum Stillstand kam, so dass die Geburt insgesamt

3

nur langsam voranschritt. Gegen Mittag des 25.10.1997 verschlechterten sich bei weitgehend geöffnetem Muttermund die kardiotokografischen Werte des Klägers erheblich. Eine Analyse des Blutes der Nabelschnur ergab aber keine Hinweise auf eine akute Sauerstoffunterversorgung. Um 15 Uhr entschied der Beklagte zu 2) als geburtsleitender Arzt, dass eine Vakuumextraktion durchgeführt werden solle. Unter Einsatz der Saugglocke kam es zur Entwicklung des Kopfes des Klägers, allerdings trat eine Schulterdystokie ein, die erst um 15 Uhr 28 überwunden werden konnte. Der Kläger, der ein Geburtsgewicht von 3900 Gramm aufwies und der unmittelbar nach der Geburt keine Herzreaktion und keine Atmung zeigte, erholte sich rasch. Allerdings war es im Zuge der Überwindung der Schulterdystokie zu einer kompletten Plexusparese am rechten Arm gekommen, die sich bis heute nicht zurückgebildet hat.

Der Kläger hat erstinstanzlich ein angemessenes Schmerzensgeld von mindestens 100.000.- DM sowie eine in das Ermessen des Gerichts gestellte monatliche Schmerzensgeldrente, ferner Feststellung der Ersatzpflicht für künftige materielle und immaterielle Schäden begehrt. Er hat behauptet, angesichts der vorhandenen Risikofaktoren sei ein Kaiserschnitt von vornherein indiziert gewesen, so dass über diese Alternative hätte aufgeklärt werden müssen. Jedenfalls gegen Mittag des 25.10.1997 sei angesichts der alarmierenden CTG-Werte eine sofortige Entbindung durch sectio indiziert gewesen. Diese unterlassen zu haben, sei fehlerhaft gewesen. Der Kläger hat ferner dem Beklagten zu 2) Behandlungsfehler bei der Lösung der Schulterdystokie vorgeworfen. 4

Die Beklagte hat bestritten, dass es vor oder während des Geburtsvorgangs eine Indikation zu einer Schnittentbindung sowie Behandlungsfehler bei der Entwicklung des Kindes gegeben habe. 5

Das Landgericht hat nach Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens und ergänzender Anhörung des Sachverständigen im Termin die Klage abgewiesen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme stehe nicht fest, dass eine Indikation zur Schnittentbindung bestanden habe, so dass weder von einer Pflicht zur dahingehenden Aufklärung vor Einleitung der normalen Geburt noch zum Übergang zu einer Schnittentbindung während der Wehentätigkeit auszugehen gewesen sei. Auch seien Behandlungsfehler bei der Überwindung der Schulterdystokie nicht festzustellen. Wegen der Einzelheiten wird auf die Entscheidungsgründe der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. 6

Der Kläger hat gegen das Urteil der Kammer vom 18.6.2001 fristgerecht Berufung eingelegt und diese fristgerecht begründet. 7

Er macht weiter geltend, dass die Mutter des Klägers über die Möglichkeit einer Schnittentbindung habe aufgeklärt werden müssen. Die Wertungen des Sachverständigen bei der Berücksichtigung der Risikofaktoren seien fehlerhaft und beruhten auf unvollständiger Tatsachengrundlage. Der Sachverständige habe nicht allein auf das Geburtsgewicht abstellen dürfen, sondern die Gesamtheit der Risikofaktoren, nämlich die Adipositas, die unverhältnismäßige Gewichtszunahme während der Schwangerschaft, den Gestationsdiabetes, die Übertragung, die relative Beckenenge und vor allem die biometrischen Besonderheiten des Klägers, insbesondere den überdurchschnittlichen Abdomendurchmesser, der auf einen überdurchschnittlichen Schulterdurchmesser schließen lasse, berücksichtigen müssen. Alle Faktoren hätten nicht nur auf eine Makrosomie, sondern auch auf eine geringere Vitalität des Klägers schließen lassen. Jedenfalls hätte eine sectio unbedingt veranlasst werden müssen, als das CTG wiederholt alarmierende Werte gezeigt habe. In dieser Situation habe nicht mehr eine normale vaginale Entbindung in Rede gestanden, sondern nur noch eine vaginal-operative, die gegenüber der Schnittentbindung 8

die schlechtere Alternative dargestellt habe. Auch hinsichtlich der Entwicklung des Klägers sei von Behandlungsfehlern auszugehen, da die Dokumentation, die ausweislich des Datums der Unterzeichnung erst zwei Tage nach der Entbindung erstellt worden sei, nicht zuverlässig erscheine.

Der Kläger beantragt, 9

unter teilweiser Abänderung des angefochtenen Urteils 10

1. 11

##blob##nbsp; 12

##blob##nbsp; 13

die Beklagten zu verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das 14
Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens aber 100.000.- DM, nebst 2,5,% Zinsen
über dem jeweiligen Basiszinssatz der europäischen Zentralbank, mindestens jedoch 4%,
seit dem 25.10.1997 zu zahlen;

##blob##nbsp; 15

##blob##nbsp; 16

2. 17

##blob##nbsp; 18

##blob##nbsp; 19

festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, dem Kläger den 20
entstandenen materiellen und jeglichen künftigen immateriellen Schaden aus dem
Schadensfall vom 25.10.1997 zu ersetzen, soweit Ersatzansprüche nicht auf soziale
Versicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen.

Die Beklagten beantragen, 21

die Berufung zurückzuweisen. 22

Sie tritt dem Berufungsvorbringen des Klägers entgegen und hält weder eine 23
Aufklärungsmangel bezüglich einer Schnittentbindung noch einen Behandlungsfehler für
erwiesen.

Wegen aller Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf Tatbestand und 24
Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils und auf die gewechselten Schriftsätze nebst
Anlagen verwiesen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e : 25

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Nach dem Ergebnis der erst- 26
instanzlichen Beweisaufnahme steht auch zur Überzeugung des Senats fest, dass zu keinem
Zeitpunkt eine Indikation für eine Schnittentbindung bestand, so dass weder über eine
entsprechende Alternative hätte aufgeklärt werden müssen noch in der Durchführung der
vaginalen Geburt ein Behandlungsfehler zu sehen ist. Auch die Entbindung selbst wurde

nicht fehlerhaft durchgeführt.

1.

27

Eine Aufklärungspflicht über die Behandlungsalternative einer Schnittenbindung besteht nur, wenn im Fall der vaginalen Geburt dem Kind ernstzunehmende Gefahren drohen und gewichtige Gründe für eine Kaiserschnittgeburt sprechen, ein Kaiserschnitt also indiziert ist (BGHZ 106, 153, 158 f.; BGH NJW 1993, 1524, 1525; OLG Stuttgart VersR 1989, 519; OLG Braunschweig NJW-RR 2000, 238 ff; Senat Urt. vom 11.6.1997, OLGRep 1997, 296 ff.; Urt. vom 4.2.2002 - 5 U 82/00). Liegt keine medizinische Indikation vor, bedarf es auch keiner Aufklärung über die Möglichkeit der Schnittenbindung, denn diese birgt grundsätzlich die höheren Risiken in sich und stellt sich daher normalerweise nicht als echte Behandlungsalternative dar. Medizinische Indikation für eine Schnittenbindung kann sich insbesondere bei einem zu erwartenden hohen Geburtsgewicht stellen. Wie den Ausführungen des Sachverständigen Privatdozent Dr. S. zu entnehmen ist, im übrigen aber auch den Erkenntnissen des Senats aus einer Vielzahl ähnlicher Fälle von Schulterdystokien entspricht, steigt das grundsätzlich nie ganz auszuschließende Risiko einer Schulterdystokie mit zunehmendem Geburtsgewicht, und liegt bei einem Gewicht von 4000 Gramm bei ca. 3%, bei einem Gewicht von 4500 bei rund 10%, und bei einem Gewicht von 5000 Gramm bei ca. 40%, wobei es nur in 10 bis 20% der Fälle von Schulterdystokien zu Plexusschädigungen kommt und von diesen wiederum nur ein Teil irreversibel ist. Der Senat geht daher - wie wiederholt entschieden - entsprechend den durch Sachverständigen vermittelten Kenntnissen davon aus, dass eine Schnittenbindung nur dann regelmäßig indiziert ist, wenn ein Geburtsgewicht von jedenfalls mehr als 4500 Gramm zu erwarten ist. Bei einem darunter liegenden Gewicht kommt es darauf an, ob weitere Risikofaktoren hinzutreten, etwa eine vorangegangene Geburt mit erheblichen Komplikationen, insbesondere bereits einer Schulterdystokie (vgl. OLG Köln, OLGRep 1997, 296 ff.). Je weiter das zu erwartete Geburtsgewicht unterhalb der Grenze von 4500 Gramm liegt, um so größere eigenständige Bedeutung muss dabei sonstigen Faktoren zukommen.

Von der maßgeblichen Gewichtsgrenze von 4500 Gramm war der Kläger mit einem Geburtsgewicht von unstreitig nur 3900 Gramm weit entfernt, und auch die zuletzt - immerhin noch am errechneten Entbindungstag - durchgeführte Ultraschalluntersuchung hatte ergeben, dass ein über 4000 Gramm hinaus gehendes Geburtsgewicht nicht zu erwarten sei. Ein erhöhtes Geburtsgewicht als maßgeblicher Risikofaktor lag beim Kläger also eindeutig nicht vor.

Eine medizinische Indikation aufgrund sonstiger Risiko-Umstände bei der Mutter des Klägers hat der Sachverständige überzeugend verneint. Dabei hat der Sachverständige alle maßgeblichen Umstände berücksichtigt. Der Sachverständige hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass die Risikokonstellation in der Fristüberschreitung bei Adipositas der Mutter und starker Gewichtszunahme in der Schwangerschaft gelegen habe; außerdem habe eine Präeklampsie und ein Gestationsdiabetes zumindest in den letzten sechs Wochen der Schwangerschaft vorgelegen (Bl. 176 d.A.). Im Rahmen der mündlichen Anhörung ist er darüber hinaus auch auf die vom Kläger im Rahmen der Berufung angesprochenen Unterschiede zwischen Kopf- und Rumpfumfang und auf die spezifische Ausbildung des Geburtskanals eingegangen (Protokoll S. 10, 11; Bl. 201R, 202 d.A.). Damit hat er alle Risikofaktoren, die auch nach Ansicht des Klägers irgendwie von Bedeutung sein konnten, erfasst. Er hat zugleich diese Faktoren keineswegs nur jeweils isoliert für sich betrachtet, sondern in ihrer Gesamtheit, wenn er in diesem Zusammenhang von einer "Risikokonstellation" spricht.

Seine Schlussfolgerungen, wonach diese Faktoren weder einzeln noch in ihrer Gesamtheit eine medizinische Indikation für eine Schnittentbindung bedeuteten, sind in jeder Hinsicht für den Senat nachvollziehbar und überzeugend. Er hat eindeutig ausgeführt, dass der leitende Risikofaktor für die Beurteilung einer Indikation zu einer sectio wegen einer möglichen Schulterdystokie das vorausgeschätzte Geburtsgewicht des Feten sei (Bl. 176, 199 ff.), während die anderen Risikofaktoren im wesentlichen abhängige Faktoren gewesen seien, denen ihrerseits wiederum nur im Hinblick auf die Gefahr eines zu hohen Geburtsgewichtes Bedeutung zukäme, etwa der Diabetes dadurch, dass sich das Zuckerangebot für das Neugeborene erhöhe, die (nicht erhebliche) Überschreitung des errechneten Geburtstermins und die beträchtliche Gewichtszunahme der Mutter dadurch, dass sie sich unmittelbar auf Wachstum und Gewichtszunahme bei dem Feten auswirkten. All dies begründete nach Ansicht des Sachverständigen ausschließlich die Gefahr, dass es zu einem makrosomen Kind kommen könne. Im Hinblick auf diese Gefahr eines übergewichtigen Kindes haben sich alle diese Umstände aber letztlich nicht verwirklicht, wie das tatsächliche Geburtsgewicht des Klägers zeigt.

31

Die Mutmaßung des Klägers, diesen Risikofaktoren komme darüber hinaus Bedeutung im Hinblick auf eine geringere Vitalität des Feten zu, ist nach diesen Ausführungen des Sachverständigen nicht haltbar. Gleiches gilt für die weiteren Faktoren wie der Schwangerschaftsdiabetes oder der Präeklampsie. Der Sachverständige hat sie in seine Betrachtung einbezogen und er hat ihnen im Hinblick auf eine erhöhte Gefahr für das Eintreten einer Schulterdystokie keine Bedeutung beigemessen. Dass der Sachverständige hier einer wesentlichen Fehleinschätzung unterliege, ist für den Senat nicht erkennbar und von dem Kläger auch nicht aufgezeigt worden. Die Feststellungen des Sachverständigen entsprechen vielmehr auch dem in sonstigen Verfahren gewonnenen Erkenntnisstand des Senats.

32

Auch soweit der Kläger in zweiter Instanz in besonderer Weise auf die Bedeutung des überdurchschnittlichen Rumpfumfangs abhebt, hat sich der Sachverständige bereits in erster Instanz umfassend geäußert. Er hat ausgeführt, dass es nicht so sei, dass die Größe des Kindes (unabhängig vom Gewicht) eine maßgebliche Beurteilungsgrundlage darstelle. Es werde zwar teilweise vermutet, dass bei einer Disproportionierung zwischen einem kleinen Kopf und einem sehr kräftigen Thorax eher eine Gefahr für eine Schulterdystokie gegeben sein könne, zuverlässige Untersuchungen, die diese Vermutung bestätigten, gebe es aber nicht. Wenn aber bis auf einige "Vermutungen" keinerlei Erkenntnisse vorliegen, die einen Zusammenhang zwischen Disproportionalität Kopf - Rumpf und Schulterdystokie herstellen, besteht deswegen auch keine Indikation zur Schnittentbindung. Maßgebend für die Frage medizinischer Indikation sind grundsätzlich der jeweilige Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, nicht aber ungesicherte Mutmaßungen einzelner Wissenschaftler. Im übrigen ist die Schlussfolgerung des Klägers, ein überdurchschnittlicher Rumpfdurchmesser lasse auf breite Schultern des Kindes und damit auf eine erhöhte Gefahr einer Schulterdystokie schließen, nicht ohne weiteres nachvollziehbar, erst recht erscheint sie nicht zwingend. Es gibt bei den Menschen keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen einem starken Rumpf und einem breiten Schultergürtel. Es spricht nichts dafür, dass es bei Neugeborenen einen derartigen Zusammenhang geben sollte. Keinesfalls kann aber, wie es der Kläger im Rahmen der Berufungsbegründung mehrfach tut (vgl. etwa S. 20 der Berufungsbegründung, Bl. 302 d.A.), Rumpfdurchmesser und Schulterbreite automatisch gleichgesetzt werden. Derartiges folgt auch nicht aus der vom Kläger vorgelegten medizinischen Literatur. Bezeichnend ist, dass auch der Privatgutachter des Klägers, Prof. J., insoweit keinen Ansatz für eine medizinische Indikation gesehen hat. Insgesamt sieht sich der Senat zu einer weiteren Sachaufklärung über diesen Punkt daher nicht veranlasst.

33

Auch im Hinblick auf die anatomische Situation der Mutter des Klägers gilt nichts anderes. Der Sachverständige hat auch hier klar geäußert, dass er bei der Mutter des Klägers keinen besonderen Risikofaktor sehe. Soweit eine Ärztin im Krankenhaus der Beklagten zu 1) geäußerte habe, das Becken der Mutter sei "eng gebaut", sei dies klinisch nur schwer zu beurteilen und letztlich nur durch eine (computertomografische) Vermessung genau zu klären, die aber vor einer Geburt nicht vorgeschrieben sei. Vor allem stellt der Sachverständige fest, die Weite des Beckens sei nicht maßgeblich für die Beurteilung der Gefahr einer Schulterdystokie (S. 10, 11 des Protokolls der Sitzung vom 14.5.2001 (213 f. d.A.). Der Senat hat keine Bedenken, dem Sachverständigen auch hier ohne weiteres zu folgen. Erst recht sieht der Senat keinen Anlass zu weiterer Aufklärung hinsichtlich des Einwandes, durch Fett- und Wassereinlagerungen hätten besonders enge Verhältnisse im Weichteilbereich des Geburtskanals oder Beckens vorgelegen. Hierauf kann es nach Überzeugung des Senats schon deshalb nicht ankommen, weil es sich bei der Schulterdystokie um eine Komplikation außerhalb des Weichteilbereiches handelt, nämlich um eine Verkantung der vorderen Schulter des Kindes an dem Beckenknochen der Mutter. Dass bislang kein Sachverständiger (auch nicht der Privatgutachter des Klägers) jemals einen Zusammenhang mit einer etwaigen Enge der Weichteile des Geburtskanals oder des Beckenbodens hergestellt hat, erscheint dem Senat daher als logisch. Auch hier zeigt der Kläger nicht etwa anderslautende medizinische Erkenntnisse auf. 34

Insgesamt schließt sich der Senat daher der Folgerung des Sachverständigen Privatdozent Dr. S. an, dass sämtliche Umstände, die hier bei dem Kläger oder seiner Mutter vorlagen, nur insoweit als Risikofaktoren beachtlich waren, als sie eine Makrosomie hätten befürchten lassen können, die sich aber tatsächlich nicht als gegeben darstellte, und dass auch ansonsten keine Umstände vorlagen, die eine Schnittentbindung mit ihren weit höheren Risiken insbesondere für die Mutter indizierten. Für eine ergänzende Befragung des erstinstanzlich tätigen Sachverständigen oder gar die Beauftragung eines neuen Sachverständigen bestand kein Anlass. 35

2. 36

Es war auch nicht geboten, im Laufe des Geburtsvorgangs von der vaginalen Entbindung zur Schnittentbindung überzugehen, und zwar auch nicht, nachdem sich im Laufe des 25.10.1997 die CTG-Werte erheblich verschlechterten. Auch insoweit folgt der Senat den Feststellungen des Sachverständigen, der die Beweisfrage, ob aufgrund der CTG-Werte, des Muttermundbefundes und des Standes des kindlichen Kopfes eine Sectioentbindung indiziert war, eindeutig verneint hat, sowie den Ausführungen der Kammer, denen sich der Senat anschließt. Die Verschlechterung der CTG-Werte lieferten, was nicht streitig ist, einen Hinweis auf drohende Atemnot des Kindes. Dies stellt für sich eine neue Risikosituation dar, allerdings unabhängig von der Gefahr der Schulterdystokie. Auf diese zusätzliche Gefährdung des Kindes ist richtig und adäquat reagiert worden, indem eine verlässliche Überprüfung der Sauerstoffversorgung durch Blutentnahme und -analyse durchgeführt wurde, die Werte im Normbereich erbrachte und damit eine Unterversorgung in dieser Situation sicher ausschloss. Von daher gab es also keinen weiteren Anlass zum Abbruch der vaginalen Geburt und zum Übergang zur Schnittentbindung. Auch hatte sich dadurch die Gefahr des Eintritts einer Schulterdystokie nicht vergrößert. 37

Letzteres gilt auch für den noch späteren Zeitpunkt der Entscheidung zur Vakuumextraktion. Es lagen (im Hinblick auf eine Schulterdystokie) nach wie vor ausschließlich die oben dargelegten Risikofaktoren vor, die sich zwischenzeitlich auch in keiner Weise erhöht hatten, und die einer Vakuumextraktion nicht entgegen standen. Nach wie vor galt hier, dass einzig 38

die - hier hinreichend sicher auszuschließende - Makrosomie des Kindes ein die Schnittentbindung indizierender Umstand hätte sein können. Der möglichen Größe des Kindes im übrigen, insbesondere dem erhöhten Rumpfumfang, kam auch in dieser Situation keine gesonderte Bedeutung zu. Im Hinblick auf die vollständige Öffnung des Muttermundes, die vorliegenden (normale) Hinterhauptlage und den Stand des Kopfes über dem Becken sprach auch ansonsten nichts gegen den Einsatz der Saugglocke. Einzig die Entscheidung zur Vakuumextraktion selbst erhöhte die Gefahr des Eintritts einer Schulterdystokie, weil der starke Zug am Kopf des Kindes das Risiko erhöhte, dass sich der Körper des Kindes nicht richtig in den Geburtskanal eindrehte. Diese Gefahr galt es aber abzuwägen mit den erhöhten Risiken einer Schnittentbindung, die der Sachverständige als sehr beachtlich dargestellt hat, und die in einem drei- bis vierfach erhöhten Mortalitätsrisiko für die Mutter, ferner in einer Verletzung der Nebenorgane, in Wundheilungsstörungen, längerer Liegezeit mit Thrombosegefahr, Infektions- und Blutungsgefahr bestehen, wobei das erhebliche Übergewicht der Mutter hier zu einer weiteren Erhöhung dieser Risiken um das zwei- bis dreifache führte. Wenn der Sachverständige angesichts dieser Situation zu dem eindeutigen Ergebnis kommt., dass auch in der konkreten Situation keine Indikation für eine Schnittentbindung vorlag, so ist dies uneingeschränkt überzeugend. Dass die Ergebnisse des Sachverständigen Privatdozent Dr. S. sich mit den Ergebnissen anderer Sachverständiger in vergleichbaren Fällen vollständig decken, kommt auch hier hinzu. Eine erneute Befragung des Sachverständigen war daher auch zu diesem Komplex nicht angezeigt.

3. 39

Kein Behandlungsfehler kann dem Beklagten zu 2) oder den sonstigen an der Geburt Beteiligten auch hinsichtlich der Entwicklung des Klägers nach Eintritt der Schulterdystokie vorgeworfen werden. Auf die entsprechenden Ausführungen der Kammer kann Bezug genommen werden. Zu Unrecht rügt der Kläger in der Berufung, dass die Dokumentation des Beklagten zu 2) insoweit keine taugliche Beurteilungsgrundlage darstelle, da sie erst zwei Tage nach der Geburt erstellt worden sei. Abgesehen davon, dass die Datumsangabe lediglich den Zeitpunkt ergibt, an dem die Reinschrift des offensichtlich zunächst diktierten Berichtes des Beklagten zu 2) unterzeichnet wurde, keinesfalls aber sicher ist, dass der Bericht erst an jenem Tag diktiert wurde, würde auch ein zwei Tage nach der Geburt erstellter Bericht noch als zeitnahe Dokumentation zu gelten haben und keinen triftigen Anlass geben, die Zuverlässigkeit der Angaben in Zweifel zu ziehen. Anhaltspunkte für eine Manipulation oder eine unrichtige Wiedergabe gibt es nicht.

4. 41

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs.1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 10, 711, 108 ZPO. 42

Für eine Zulassung der Revision (§ 543 Abs.2 ZPO n.F.) besteht kein Anlass. 43

Streitwert und Beschwer der Beklagten: 61.355,03 Euro (vgl. Beschluss vom 5.12.2001) 44