
Datum: 06.07.2011
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 8/07
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2011:0706.5U8.07.00

Vorinstanz: Landgericht Bonn, 9 O 540/05

Tenor:

Die Berufung der Kläger gegen das am 21. Dezember 2006 verkündete Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn – 9 O 540/05 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden den Klägern auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Den Klägern wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leisten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

- | | |
|--|---|
| I. | 1 |
| Die klagende Krankenkasse und der klagende Landschaftsverband nehmen die Beklagten aus übergangenem Recht ihres Versicherten B. S. auf Ersatz von Aufwendungen für | 2 |

Krankenbehandlung und Pflege sowie auf Feststellung der Ersatzpflicht in Anspruch.

Am 1.8.1998 gegen 0.10 Uhr suchte die am 9.4.1965 geborene Frau Q. S. mit beginnender Wehentätigkeit die geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses der Beklagten zu 1) auf. Sie befand sich in der 40. Woche einer nach künstlicher Befruchtung unauffällig verlaufenen Schwangerschaft. Die Beklagten zu 3) und zu 2) begleiteten die Geburt als Hebamme sowie als Arzt. Ab 2.30 Uhr wurde kontinuierlich ein CTG geschrieben. Nach Herztonabfällen ergab eine um 3.20 Uhr durchgeführte Mikroblutuntersuchung einen ph-Wert von 7,40. Ab 3.35 Uhr erhielt Frau Q. S. eine Infusion zur Unterstützung der Wehentätigkeit. Um 4.10 Uhr wurde der Wehentropf nach dem Auftreten von Dezelerationen abgesetzt. Zugleich erfolgte die Gabe eines wehenhemmenden Medikaments. Um 4.30 Uhr waren der Muttermund fast vollständig eröffnet und der Kopf in der Wehe sichtbar. Für 4.50 Uhr dokumentierte die Beklagte zu 3) den Beginn der Pressphase. Der Beklagte zu 2) nahm einen Dammschnitt vor. Das CTG zeigte ab diesem Zeitpunkt Herztonabfälle. Um 5.12 Uhr wurde das Kind B. S. nach Kristellerhilfe spontan aus hinterer Hinterhauptslage geboren. Bei APGAR-Werten von 3/5/5 zeigte es zunächst keine Spontanatmung. Nach notfallmäßiger Reanimation wurde es in die Kinderklinik B. verlegt. B. S. litt in den folgenden Jahren an einer Hirnschädigung, die mit einer schweren körperlichen und geistigen Behinderung einherging. Er ist am 10.3.2011 verstorben.

Wegen der den Beklagten in erster Instanz vorgeworfenen Behandlungsfehler und Aufklärungsversäumnisse wird auf S. 8 der Klageschrift verwiesen. Die Klägerin zu 1) und der Kläger zu 2) haben behauptet, dass ihnen bis zur Einreichung der Klage im Dezember 2005 bezifferbare Aufwendungen von 82.194,95 € und 379.169,00 € entstanden seien.

Die Klägerin zu 1) hat beantragt,

1. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an sie den bisher bezifferbaren kongruenten Regressschaden in Höhe von 82.194,95 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.7.2004 zu zahlen,

2. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihr allen über den Klageantrag zu 1) hinausgehenden kongruenten Regressschaden zu ersetzen, der ihr in der Vergangenheit entstanden ist und in Zukunft noch entstehen wird.

Der Kläger zu 2) hat beantragt,

1. die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an ihn den bisher bezifferbaren kongruenten Regressschaden in Höhe von 379.169,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 265.919,42 € seit dem 16.3.2004 und aus weiteren 113.249,58 € seit dem 17.1.2006 zu zahlen,

2. festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm allen über den Klageantrag zu 1) hinausgehenden kongruenten Regressschaden zu ersetzen, der ihm in der Vergangenheit entstanden ist und in Zukunft noch entstehen wird.

Die Beklagten haben beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie habe ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen und eine mangelhafte Aufklärung in Abrede gestellt.

Das Landgericht hat das Gutachten von Prof. Dr. N. vom 14.9.2006 (Bl. 269 ff. d.A. eingeholt) und den Sachverständigen angehört (Bl. 313 ff. d.A.).

Daraufhin hat es die Klage abgewiesen. Ein schadensursächlicher Behandlungsfehler oder eine mangelhafte Aufklärung seien nicht festzustellen. Die geburtshilfliche Betreuung bis 4.50 Uhr sei nicht zu beanstanden. Zwar hätten die eindeutig krankhaften Herztonabfälle, die das CTG ab 4.55 Uhr gezeigt habe, ab etwa 5.00 Uhr Anlass geben müssen, die Geburt vaginal-operativ zu beschleunigen oder jedenfalls eine Mikroblutuntersuchung durchzuführen. Es sei aber spekulativ und durch einen pädiatrischen Sachverständigen nicht weiter aufklärbar, ob hierdurch die Schädigung des Kindes auch nur zum Teil vermieden worden wäre. Beweiserleichterungen wegen eines groben Behandlungsfehlers kämen den Klägern nicht zu Gute.

Hiergegen wenden sich die Kläger mit der Berufung. Das gegen die Beklagte zu 3) gerichtete Rechtsmittel haben sie zurückgenommen. Sie machen vor allem noch geltend, dass eine Mikroblutuntersuchung gegen 4.35 Uhr wiederholt werden müssen und dass ab 4.50 Uhr eine vaginal-operative Entbindung zur Beschleunigung der Geburt erforderlich gewesen sei. Dabei stützen sie sich insbesondere auf das Gutachten von Prof. Dr. I. vom 18.9.2007 (Bl. 449 ff. d.A.) nebst Ergänzungen vom 23.4.2008 (Bl. 509 ff. d.A.) und vom 21.9.2009 (Bl. 656 ff. d.A.).

Die Kläger beantragen,

unter Abänderung des angefochtenen Urteils nach den erstinstanzlichen Klageanträgen zu erkennen.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigen das angefochtene Urteil. Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

Der Senat hat aufgrund des Beweisbeschlusses vom 30.6.2007 (Bl. 432 ff. d.A.), aus dem sich die vorgerichtlich erstatteten Gutachten ergeben, das frauenfachärztliche Gutachten von Prof. Dr. O. vom 6.3.2008 (Bl. 464 ff. d.A.) nebst Ergänzung vom 15.9.2008 (Bl. 527a ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen Prof. Dr. O. im Termin vom 25.3.2009 angehört (Bl. 561 ff. d.A.). Im Anschluss hat der Sachverständige Prof. Dr. L. aufgrund des Beweisbeschlusses vom 15.4.2009 (Bl. 579 d.A.) das neuropädiatrische Gutachten vom 30.8.2010 (Bl. 622 ff. d.A.) erstattet. Auf den Beweisbeschluss vom 3.11.2010 (Bl. 664 d.A.) hat der Senat ein weiteres Ergänzungsgutachten von Prof. Dr. O. vom 23.12.2010 (Bl. 670 ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen im Termin vom 4.5.2011 erneut angehört (Bl. 709 ff. d.A.).

II.

Die Berufung ist unbegründet.

Die Kläger können von den Beklagten aus übergegangenem Recht ihres Versicherten B. S. wegen der geburtshilflichen Behandlung am 1.8.1998 keinen Schadensersatz verlangen. Ein schadensursächlicher Behandlungsfehler lässt sich nicht feststellen. Ersatzansprüche wegen mangelhafter Aufklärung kommen nicht in Betracht. Insbesondere stellte eine sectio nach den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. O. (Bl. 476 bis 478 d.A.), gegen die sich die Kläger in diesem Punkt nicht gewandt haben, zu keinem Zeitpunkt der Geburt

eine aufklärungspflichtige Behandlungsalternative dar.

1. Das Unterlassen einer Mikroblutuntersuchung gegen 4.35/4.40 Uhr war nicht
behandlungsfehlerhaft. 26

Der Sachverständige Prof. Dr. O. hat den Verzicht auf eine Mikroblutuntersuchung nicht als
Behandlungsfehler gewertet (Bl. 478, 565, 673, 710 d.A.). Zur Begründung hat er ausgeführt,
dass sich das CTG nach der um 4.10 Uhr durchgeführten Notfalltokolyse weitgehend
normalisiert habe (Bl. 477, 673 d.A.). Auf die Tokolyse hin hätten sich zunächst nur noch
geringe Dezelerationen eingestellt (Bl. 564 d.A.). Nach einer Notfalltokolyse müsse eine
MBU-Kontrolle keineswegs automatisch und zwingend erfolgen (Bl. 565, 673 d.A.). Ab 4.35
Uhr falle eine relative Tachykardie mit einer basalen Herzfrequenz von etwa 160 bis 165
Schlägen pro Minute auf (Bl. 477 d.A.). Bei der Entscheidung, ob wegen einer Veränderung
des CTG eine Mikroblutuntersuchung durchzuführen sei, habe der Geburtshelfer einen
gewissen Handlungsspielraum (Bl. 710 d.A.). Eine Tachykardie könne ein Zeichen für eine
sich entwickelnde Asphyxie darstellen; die Schwere der Tachykardie sei dabei für den
Geburtshelfer ein wichtiger Maßstab (Bl. 710 d.A.). Vorliegend habe keine so schwere
Pathologie im CTG vorgelegen, dass mit einer unmittelbaren Gefährdung des Kindes zu
rechnen gewesen sei (Bl. 478, 710 d.A.). Andererseits sei das Ziel der Geburt zum Greifen
nahe gewesen (Bl. 478 d.A.). Die um 4.30 Uhr durchgeführte vaginale Untersuchung habe
einen bis auf Saum vollständig eröffneten, in zwei bis drei Wehen wegschiebbaren
Muttermund mit in der Wehe sichtbarem Köpfchen beschrieben (Bl. 673 d.A.). 27

Dieser überzeugenden Beurteilung gebührt der Vorrang vor der gegenteiligen Auffassung von
Prof. Dr. I. Auch durch die über die Begutachtung durch Prof. Dr. I. hinaus gehenden
Einwendungen der Kläger wird sie nicht in Frage gestellt. 28

Prof. Dr. I. hat angenommen, dass eine Notfalltokolyse, wenn nicht umgehend operativ
entbunden wird, zwingend mit einer anschließenden Mikroblutuntersuchung gepaart ist (Bl.
565, 658R d.A.). Ferner ist er davon ausgegangen, dass eine MBU-Kontrolle aufgrund des
konkreten CTG-Verlaufs ab 4.35 Uhr zwingend indiziert gewesen sei (Bl. 457, 514 d.A.). Die
von Prof. Dr. I. als Beleg für die zwingende Notwendigkeit einer MBU-Kontrolle nach
Notfalltokolyse angeführten Stellen aus der medizinischen Literatur stützen seine Auffassung,
worauf Prof. Dr. O. aufmerksam gemacht hat (Bl. 672 f. d.A.), indessen nicht. Im Handbuch
„Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, 1990, heißt es im Zusammenhang mit einer
intrauterinen Reanimation unter anderem (vgl. Bl. 658R): „Wird nach einer vorübergehenden
akuten Bradykardie von einer sofortigen Geburtsbeendigung abgesehen, so sollten bei in
absehbarer Zeit nicht bevorstehenden Geburt Fetalblutanalysen durchgeführt werden.“ Im
Lehrbuch „Geburtshilfe“, 2000, heißt es (Bl. 659 d.A.): „Der Säure-Basen-Status sollte ...
überprüft werden, um die Belastbarkeit des Kindes für den weiteren Verlauf abschätzen zu
können. Eine Ausnahme stellt nur die Reanimation in der Austreibungsphase dar, sofern in
Kürze mit der Geburt gerechnet werden kann.“ Die Passagen belegen die Ansicht von Prof.
Dr. O., dass auf eine Notfalltokolyse hin insbesondere bei in absehbarer Zeit bevorstehender
Geburt nicht zwingend und automatisch eine MBU-Kontrolle erfolgen muss. Dass bei
sichtbarem Kopf des Kindes – so lag es hier – eine fortgeschrittene Geburtssituation vorliegt,
ergibt sich auch aus den Ausführungen von Prof. Dr. I. (vgl. Bl. 512 d.A.). 29

Soweit Prof. Dr. I. die Erforderlichkeit einer Mikroblutuntersuchung gegen 4.35 Uhr aus dem
konkreten CTG-Verlauf ableitet, ist darauf zu verweisen, dass die Kläger selbst davon
ausgehen, dass die Notfalltokolyse zu einer erheblichen, wenn auch nicht völligen Erholung
des CTG-Verlaufs bis zum Auftreten der Tachykardie ab ca. 4.35 Uhr geführt hat (vgl. S. 2
des Schriftsatzes vom 5.10.2010, Bl. 651 d.A.). Dass die Herztonabfälle nach der Gabe des 30

wehenhemmenden Mittels um 4.10 Uhr deutlich geringer ausfielen, als in der Zeit zuvor, lässt sich auch für einen medizinischen Laien anhand des Ausdrucks des CTG (bei den Behandlungsunterlagen) nachvollziehen. Ferner werten die Kläger eine Tachykardie, die zu 160 bis 165 Herzschlägen pro Minute führt, in Übereinstimmung mit Prof. Dr. O. als eine solche geringeren Ausmaßes (vgl. S. 8 des Schriftsatzes vom 21.3.2011, Bl. 699 d.A.). Diese beiden Ausgangspunkte lassen die Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. O., dass sich der geburtsleitende Arzt innerhalb des ihm zustehenden Handlungsspielraums gegen 4.35/4.40 Uhr in nicht zu beanstandender Weise gegen eine Mikroblutuntersuchung entscheiden konnte, nachvollziehbar erscheinen. Auch wenn eine Tachykardie geringeren Ausmaßes, wie die Kläger geltend machen, auf einer bereits vorhandenen Schwächung des Feten beruhen kann, ist es – wie Prof. Dr. O. dargelegt hat (Bl. 710 d.A.) – plausibel, dass ein solcher Sachverhalt keineswegs den Regelfall darstellt und eine geringere Tachykardie grundsätzlich mit einer geringeren Gefährlichkeit der Lage einhergeht.

Entgegen der von den Klägern im Schriftsatz vom 30.5.2011 vertretenen Auffassung widerlegen die Ausführungen von Diedrich in dem vom Sachverständigen Prof. Dr. O. im Termin vom 4.5.2011 herangezogenen Lehrbuch „Gynäkologie und Geburtshilfe“ die Darlegungen von Prof. Dr. O. nicht. Auf S. 228 des Lehrbuchs (Bl. 755 d.A.) heißt es unter anderem: „Bei der Indikationsstellung sollten neben dem CTG-Muster der aktuelle Stand der Geburt sowie Begleitrisiken, die die Spezifität des CTG erhöhen können, mitberücksichtigt werden. Die FSBA (*d.h., die fetale Skalpblutanalyse*) ist bei folgenden klinischen Situationen indiziert: suspekter Basalfrequenz (FHF < 110 bzw. > 150 SpM), ...“ Die nach dem Lehrbuch gebotene Berücksichtigung des Stands der Geburt muss keineswegs, wie es die Kläger im Schriftsatz vom 30.5.2011 tun, dahin verstanden werden, dass von der Mikroblutuntersuchung bei einer suspekten Basalfrequenz von weniger als 110 oder mehr als 150 Schlägen pro Minute nur dann abgesehen werden darf, wenn die zu erwartende Geburtsdauer so kurz ist, dass aus dem Befund der Mikroblutuntersuchung für den Ablauf der Geburt keine Konsequenzen mehr gezogen werden können. Vielmehr lässt sich die oben wieder gegebene Formulierung des Lehrbuchs – in Übereinstimmung mit den Ausführungen von Prof. Dr. O. – auch dahin verstehen, dass bei einer suspekten Basalfrequenz (FHF < 110 bzw. > 150 SpM) nicht zwingend eine MBU mit der einen Ausnahme absehbar fehlenden therapeutischen Nutzens durchzuführen ist, sondern dass im Rahmen der Indikationsstellung die suspekten Basalfrequenz, ihr Ausmaß und die hieraus ableitbare mögliche Gefahr umfassend mit dem Stand der Geburt abzuwägen sind. Dies deckt sich mit dem von Prof. Dr. O. bejahten gewissen Handlungsspielraum des als Geburtshelfer tätigen Arztes.

31

2. Es lässt sich nicht feststellen, dass das behandlungsfehlerhafte Unterlassen einer vaginal-operativen Entbindung in der Zeit ab 4.55 Uhr die Hirnschädigung des Kindes B. S. verursacht hat.

32

Nach den insoweit übereinstimmenden Darlegungen von Prof. Dr. O. und Prof. Dr. I. stellte das Unterlassen einer vaginal-operativen Entbindung in der Zeit ab 4.55 Uhr, nachdem das CTG mit dem Eintritt tiefer Dezelerationen mit Oszillationseinschränkung hochpathologisch geworden war, einen Behandlungsfehler dar (vgl. die Ausführungen von Prof. Dr. O. Bl. 479, 566, 676 d.A. und von Prof. Dr. I. Bl. 568 d.A.). Ob der Beklagte zu 2) – wie Prof. Dr. I. meint – um 4.55 Uhr sofort hätte handeln müssen oder ob er nach ärztlichem Standard angesichts des fortgeschrittenen Stands der Geburt – wie Prof. Dr. O. angenommen hat – noch ein bis zwei möglicherweise zur Spontangeburt führende Wehen hätte abwarten dürfen und wann genau das gebotene ärztliche Handeln unter Berücksichtigung einer gewissen Vorbereitungszeit und einer gewissen Zeit für das Ansetzen der Zange zur Geburt des Kindes geführt hätte, kann dahinstehen. Prof. Dr. I. ist von 5.01 Uhr als Geburtszeitpunkt

33

ausgegangen (Bl. 568 d.A.). Legt man die Ausführungen von Prof. Dr. O. im Termin vom 25.3.2009 zugrunde, ergibt sich etwa 5.05 Uhr als Geburtszeitpunkt. Danach durfte der Beklagte zu 2) ab 4.55 Uhr noch bis zu zwei Wehen abwarten, bei denen jeweils von einer Dauer von zwei bis drei Minuten auszugehen ist. Für die Anwendung der Zange hat der Sachverständige Prof. Dr. O. eine weitere Zeitdauer von drei bis vier Minuten geschätzt (Bl. 566 f. d.A.).

Auch wenn man von 5.01 Uhr als Geburtszeitpunkt ausgeht, lässt sich nicht mit der für eine Überzeugungsbildung gemäß § 286 ZPO erforderlichen Gewissheit feststellen, dass hierdurch der Eintritt der Hirnschädigung des Kindes B. S. vermieden worden wäre. Der neuropädiatrische Sachverständige Prof. Dr. L. hat nach umfassender Auswertung der Behandlungsunterlagen ausgeführt, dass sich das beim Kind B. S. vorliegende Schädigungsmuster einer schwersten zystischen Auflösung beider Großhirnhälften bei erhaltenen Strukturen des Hirnstamms, des Klein- und Mittelhirns und der Thalami nach der durch zahlreiche Publikationen belegten Lehrmeinung als Folge einer protrahierten partiellen intrauterinen Asphyxie von mindestens einer Stunde Dauer darstelle (Bl. 636 d.A.). Wenn der Beginn der Asphyxie mit 4.04 Uhr bis 4.10 Uhr, dem Zeitpunkt der pathologischen CTG-Befunde, gleich gesetzt werde, hätte eine Entbindung bereits um 5.01 Uhr gegenüber dem tatsächlichen Geburtstermin um 5.12 Uhr durch Verkürzung der asphyktischen Episode um 11 Minuten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer weniger schweren Hirnschädigung geführt. Dass die Schädigung zu diesem Zeitpunkt völlig hätte vermieden werden können, sei möglich, aber nicht beweisbar (B. 637 f. d.A.). Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit reicht zur Feststellung eines Kausalzusammenhangs indessen nicht aus.

34

Eine aus dem Gesichtspunkt des groben Behandlungsfehlers folgende Beweislastumkehr kommt den Klägern in Bezug auf die Kausalität nicht zu Gute. Ein grober Behandlungsfehler setzt neben einem eindeutigen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse voraus, dass der Arzt einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (BGH VersR 2007, 541 ff. m.w.Nachw.).

35

Diese Voraussetzungen, die Prof. Dr. I. bejaht hat (Bl. 568 d.A.), liegen nach der vorzugswürdigen Beurteilung von Prof. Dr. O., die sich mit derjenigen des erstinstanzlichen Sachverständigen Prof. Dr. N. deckt (Bl. 279, 282 f. d.A.), nicht vor. Der Sachverständige Prof. Dr. O. hat für den Senat nachvollziehbar Gründe aufgezeigt, die das Verhalten des Beklagten zu 2) in der Zeit ab 4.55 Uhr als verständlich erscheinen lassen. Dies gilt auch für die Minuten unmittelbar vor der Geburt um 5.12 Uhr.

36

Prof. Dr. O. hat darauf hingewiesen, dass bei sichtbarem Köpfchen des Kindes eine günstige Ausgangslage bestanden habe, bei der der Beklagte zu 2) nach Einsetzen des Pressens um 4.50 Uhr mit jeder Wehe mit der Geburt des Kindes habe rechnen können (Bl. 479, 675, 712, 715 d.A.). Die Einstellungsanomalie der hinteren Hinterhauptslage des Kindes, die sich verzögernd ausgewirkt habe, sei dem Beklagten zu 2) weder bekannt gewesen noch habe er sie erkennen müssen (Bl. 479, 675, 713 d.A.). Der Beklagte zu 2) habe nicht lediglich gewartet. Sowohl die Anlage einer Episiotomie (Dammschnitt) als auch die Kristellerhilfe bei ausbleibender Spontangeburt belegten die Zielsetzung des Beklagten zu 2), die Geburt in dieser Phase einem raschen Ende zuzuführen (Bl. 479, 530 d.A.). Schließlich seien dem Beklagten zu 2) zwar die Risikofaktoren, im Wesentlichen das ab 4.50 Uhr pathologische CTG, nicht aber das tatsächliche Ausmaß der Bedrohung des Kindes bekannt gewesen, welches erst nach der Geburt aufgrund des schlechten Gesundheitszustands zu rekonstruieren gewesen sei. (Bl. 675, 715 d.A.). Dass die pathologische Veränderung im

37

CTG für sich genommen noch kein schwer geschädigtes Kind erwarten ließ, belegt auch der Umstand, dass die Oberärzte, denen der erstinstanzliche Sachverständige Prof. Dr. N. das CTG in anonymisierter Form vorgelegt hat, auf dieser Grundlage ausnahmslos ein unauffälliges Kind erwartet haben (vgl. Bl. 283 d.A.). Der Zeitraum von 4.55 Uhr bis 5.12 Uhr, in den bei einer Wehenfrequenz von zwei Minuten etwa acht ergebnislos abgewartete Wehen fallen würden, ist schließlich nicht so lang, als dass die zu Gunsten des Geburtshelfers sprechenden Gesichtspunkte keine Berücksichtigung mehr finden können.

Die Kläger machen in diesem Zusammenhang im Schriftsatz vom 30.5.2011 ohne Erfolg geltend, dass die Beklagten entweder nicht geprüft hätten, ob eine sich verzögernd auswirkende hintere Hinterhauptslage vorliege, oder dass sie diese fehlerhaft nicht erkannt hätten. Ein entsprechendes Unterlassen oder ein fehlerhaftes Vorgehen lässt sich nicht feststellen. Daraus, dass eine Tastuntersuchung zur Frage einer vorderen oder hinteren Hinterhauptslage im Geburtsprotokoll (bei den Behandlungsunterlagen) nicht dokumentiert ist, kann nicht auf ihr Unterbleiben geschlossen werden. Aus den Stellungnahmen der medizinischen Sachverständigen und dem Vorbringen der Kläger ergibt sich nichts für eine Dokumentationspflichtigkeit dieser Maßnahme. Ferner kann die hintere Hinterhauptslage, die sich in der letzten Phase der Geburt entwickelt und die nach dem Stand der Fontanellen ertastet wird, nicht selten wegen einer am Ende der Geburt erfolgten Ausbildung eines Kopfgeschwulstes nicht erkannt werden (vgl. die Ausführungen von Prof. Dr. O. Bl. 480, 567, 713 d.A.). In Bezug auf den Streitfall hat Prof. Dr. O. keinen Grund dafür gesehen, dass der Geburtshelfer die tatsächlich vorhandene Lage hätte bemerken müssen (Bl. 567 d.A.).

38

3. Es kann nicht festgestellt werden, dass der Beklagte zu 2) während der Geburt in fehlerhafter Weise kristellert hat.

39

Der Sachverständige Prof. Dr. O. hat dargelegt, dass der Geburtshelfer während der Geburt am 1.8.1998 nach dem fachärztlichen Standard grundsätzlich die Kristellerhilfe einsetzen durfte (Bl. 714 d.A.). Gegen diese Ausführungen, die sich mit dem Wissenstand des Senats aus anderen Verfahren decken, wenden sich die Kläger nicht. Soweit sie im Schriftsatz vom 30.5.2011 behaupten, dass ab der Abnahme des Wehenschreibers um 4.52 bis zur Geburt um 5.12 Uhr bei jeder Wehe kristellert worden sei, was nach den Erläuterungen von Prof. Dr. O. „nicht gut“ gewesen wäre (Bl. 714 d.A.), kann ihr Vorbringen der Beurteilung nicht zugrunde gelegt werden.

40

Ein entsprechender Sachvortrag ist vor der mündlichen Verhandlung vom 4.5.2011 schon nicht erfolgt. In der Berufungsbegründung (S. 14 f., Bl. 403 f. d.A.) heißt es im Zusammenhang mit dem zentralen Vorwurf, nämlich dem Unterlassen einer vaginal-operativen Entbindung, zwar, dass die über 22 Minuten angewandte Kristellerhilfe (Fundusdruck) geeignet gewesen sei, die plazentare Durchblutung in der letzten Geburtsphase zusätzlich erheblich zu beeinträchtigen. Ein Kristellern bei jeder Wehe haben die Kläger in der Berufungsbegründung aber nicht, zumindest nicht ausdrücklich dargelegt. Auf die in der Berufungsbegründung knapp angesprochene Frage der Kristellerhilfe sind die Kläger selbst alsdann erst wieder im Schriftsatz vom 21.3.2011 (S. 9 f., Bl. 700 f. d.A.) eingegangen, ohne jedoch die Art und Weise ihrer Ausübung für den Streitfall näher darzulegen.

41

Jedenfalls haben die Beklagten die Behauptung, dass bei jeder Wehe kristellert worden sei, konkludent bestritten. Die Beklagten haben ihren Sachvortrag durch Vorlage der Behandlungsunterlagen ergänzt. Dass der Beklagte zu 2), nachdem die streitige Behandlung am 1.8.1998 stattgefunden hatte, bei Einleitung des Klageverfahrens im Dezember 2005 oder bei Begründung der Berufung im März 2007 noch Erinnerungen an Einzelheiten des

42

Kristellerns hatte, war und ist nicht zu erwarten, so dass sich die Beklagten für ihr diesbezügliches Vorbringen ausschließlich auf die Behandlungsunterlagen stützen konnten. In diesen ist ein durchgehendes Kristellern gerade nicht dokumentiert. Vielmehr heißt es im Geburtsprotokoll ausschließlich für 5.12 Uhr „Nach Kristellerhilfe Spontanpartus eines ...“. Die zuvor um 5.00 Uhr erfolgte Eintragung vermerkt ein Kristellern nicht. Ferner kann aus der Abnahme des Wehenschreibers um 4.52 Uhr, wie Prof. Dr. O. erläutert hat (Bl. 714 d.A.), nicht auf ein fortdauerndes Kristellern von diesem Zeitpunkt bis zum Ende der Geburt geschlossen werden.

Schließlich spricht nichts dafür, dass ein – im Folgenden unterstelltes – übermäßiges Kristellern im Rahmen einer Gesamtbetrachtung dazu führen würde, dass das fehlerhafte, aber nicht grob fehlerhafte Unterlassen einer vaginal-operativen Entbindung als grober Behandlungsfehler einzuordnen wäre. Von seiner Zielsetzung her diene das Kristellern dazu, den durch den Geburtsverlauf und das Unterlassen einer vaginal-operativen Entbindung drohenden Schaden, nämlich eine Beeinträchtigung des Kindes durch Sauerstoffmangel, abzuwenden. Selbst ein übermäßiges Kristellern würde daher mit Wertungsgesichtspunkten einhergehen, die die Beklagten entlasteten. 43

Dass die Hirnschädigung des Kindes B. S. auf der nur für die letzte Phase der Geburt in Betracht kommenden Kristellerhilfe beruht, machen die Kläger zutreffender Weise nicht geltend. Der neuropädiatrische Sachverständige Prof. Dr. L. hat zur Frage der Kausalität dargelegt, dass das bei B. S. vorliegende Schädigungsmuster durch eine protrahierte partielle intrauterine Asphyxie von mindestens einer Stunde Dauer verursacht worden ist. 44

4. Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 97 Abs. 1, 516 Abs. 3, 708 Nr. 10, 711 ZPO. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Die entscheidungserheblichen Fragen sind ausschließlich solche des Einzelfalls. 45

Berufungsstreitwert: 791.363,95 € 46