
Datum: 13.01.2016
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 10/15
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2016:0113.5U10.15.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 336/11

Tenor:

Die Berufungen der Kläger gegen das am 10. Dezember 2014 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln (25 O 336/11) werden 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 Betrages abzuwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrages leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der am 30. Juli 2010 im Hause der Beklagten geborene Kläger zu 2. und seine Mutter, die Klägerin zu 1., nehmen die Beklagte wegen des Vorwurfs von Behandlungs- und Aufklärungsfehlern im Zusammenhang mit der Geburt des Klägers zu 2. auf Zahlung von Schmerzensgeld nebst Zinsen, auf Zahlung von Ersatz für vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten nebst Zinsen sowie auf Feststellung der Verpflichtung zum Ersatz sämtlicher sonstiger materieller Schäden und künftiger immaterieller Schäden in Anspruch.

1

2

3

Die Klägerin zu 1. wurde wegen subjektiv abnehmender Kindsbewegungen im Haus der Beklagten in der 39. Schwangerschaftswoche (38+6) stationär aufgenommen. Nach der Untersuchung wurden zweimal täglich CTGs angeordnet. Für den 28. Juli 2010 ist in der Krankenakte der Klägerin zu 1. dokumentiert, dass seit Wochen Probleme durch starke Ödeme in den Beinen bestünden und ein damit auftretendes Hals-Enge-Gefühl sowie Luftnot. Die Untersuchung der Halsregion ergab ein unauffälliges Ergebnis. Es wurde festgestellt, dass die Klägerin zu 1. über 20 kg in der Schwangerschaft zugenommen hatte. Am Spätnachmittag des 28. Juli 2010 wurde die Klägerin zu 1. über die Möglichkeit einer Einleitung der Geburt informiert und es wurde eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen. Am nächsten Tag erfolgte nach entsprechender Aufklärung eine Einleitung mit dem Medikament Cytotec. Am 29. Juli 2010 meldete sich die Klägerin um 23.15 Uhr bei der Pflegekraft, weil die Fruchtblase geplatzt sei. Daraufhin wurde die Klägerin in den Kreißsaal gebracht und ein CTG angelegt. Es zeigte sich eine fetale Herzfrequenz von 130-150 Schlägen pro Minute mit zeitweise eingengter, undulatorischer Oszillation (00.10 – 00.15 Uhr). Dezelerationen lagen nicht vor. Die CTG Registrierung von 4.29 – 5.56 Uhr zeigte neben einem unauffälligen Herzfrequenzmuster eine zunehmende Wehentätigkeit (alle 4 Minuten). Zu der um 5.00 Uhr durchgeführten vaginalen Untersuchung ist dokumentiert: *“Portio verstrichen, Muttermund fingerdurchgängig, sakral, VT fest auf Beckeneingang“*. Es wurde eine Periduralanästhesie angelegt. Nach mediolateraler Episiotomie (Dammchnitt) kam es unter Kristeller-Hilfe um 18.36 Uhr zu einer Spontangeburt eines männlichen Neugeborenen aus I. vorderer Hinterhauptslage. (Apgar-Werte 7/8/8). Bei leicht grünem Fruchtwasser und initial respiratorischer Anpassungsstörung des Klägers zu 2. wurde der Kinderarzt hinzugezogen. Initial wurde eine Masken CPAP-Beatmung (*Continuous Positive Airway Pressure*) durchgeführt; hierunter wurde der Kläger zu 2. rasch rosig und zeigte eine suffiziente Eigenatmung, dabei jedoch eine anhaltende Dyspnoe. Im Rahmen der Erstversorgung wurde eine Blutgasanalyse durchgeführt. Im Alter von 8 Minuten wurde eine Magensonde angelegt und ein Wechsel des Rachentubus vorgenommen. Im Alter von 35 Minuten war der Kläger zu 2. anhaltend bradydyspnoeisch und zeigte eine Erhöhung der CO₂-Werte, was zu einer nasotrachealen Intubation führte. Nach der Erstversorgung im Kreißsaal wurde der Kläger zu 2. auf die Kinder-Intensivstation verlegt. Der Kläger musste etwa 14 Stunden beatmet werden. Sodann ließ er sich am 31. Juli 2010 problemlos extubieren. Die Kreislaufparameter waren stabil. Es fand sich eine vorübergehende Nierenanpassungsstörung, die sich in der Folgezeit normalisierte.

Die Klägerin zu 1. wurde nach der Geburt um etwa 23.00 Uhr aus dem Kreißsaal auf die Station verlegt. Um etwa 3.15 Uhr kam es laut Pflegeprotokoll zu einer starken Nachblutung bei stabilen Kreislaufverhältnissen. Im Ultraschall zeigten sich die unteren zwei Drittel des Uterus voller Koagel. Die Klägerin erhielt Cytotec, Hydroxethylstärke intravenös sowie eine sogenannte Eisblase (gekühlter Gelbeutel) und einen Sandsack auf den Uterus. Es wurde eine Überwachung im Kreißsaal angeordnet. Nach ärztlicher Untersuchung um 8.00 Uhr zeigte sich bei der Ultraschallkontrolle im unteren Uterussegment der Verdacht auf einen Plazentarest von ca. 6 cm Durchmesser. Es wurde die Indikation zur Kürettage gestellt. Die Klägerin wurde aufgeklärt und es wurde die instrumentelle Nachtastung durchgeführt. Intraoperativ bestand der Hinweis auf verbliebenes Plazentamaterial. Am Ende der Operation war der Uterus glatt und leer. In dem pathologischen Befund heißt es: *„Zusammenfassend entsprechen die makroskopischen und mikroskopischen Befunde einem Abradatmaterial (...) bestehend aus (...) Endometrium sowie multiplen Blutkoageln. Plazentazotten finden sich in dem übersandten Abradat nicht. Anhaltspunkte für eine spezifische Entzündungsreaktion ergeben sich an dem eingesandten Untersuchungsgut nicht.“* Laut Pflegebericht wurde die Klägerin zu 1. am 4. August 2010 aus der stationären Behandlung entlassen.

5

Am 6. August 2010 wurde der Kläger zu 2. in die häusliche Umgebung entlassen. Einen Tag später wurde der Kläger zu 2. von den Eltern wegen Fiebers wieder vorgestellt. Es entstand der Verdacht auf eine Neugeboreneninfektion, hier speziell auf das Bild einer Late-On Sepsis. Der CRP- Wert war erhöht auf 22,5 mg/dl. Zum Ausschluss einer Meningitis erfolgte eine Nervenwasseruntersuchung, die ohne Befund war. Es erfolgte eine umfassende antibiotische Therapie. Die Blutkultur vom 7. August 2010 und die Liquorkultur vom 9. August 2010 zeigten keinen Keimnachweis. Insgesamt stabilisierte sich der kindliche Befund, so dass der Kläger zu 2. nach siebentägiger antibiotischer Therapie in die häusliche Pflege entlassen werden konnte.

Die Kläger haben behauptet, dass eine zwingende Indikation zur Sectio bestanden habe und diese behandlungsfehlerhaft nicht durchgeführt worden sei. Auch hätten Blutuntersuchungen bei der Klägerin zu 1. früher durchgeführt werden müssen. Es sei nach der Geburt des Klägers zu 2. durch die behandelnde Hebamme behandlungsfehlerhaft an der Plazenta der Klägerin zu 1. gezogen worden. Auch sei es unterlassen worden, die Periduralanästhesie zu überprüfen, nachdem ein Taubheitsgefühl in den Beinen entstanden sei. Zudem seien Hygienestandards nicht eingehalten worden und seien insbesondere die Magensonden oder Infusionskanäle verunreinigt gewesen. Auch sei der Kläger zu 2. unzureichend mit Antibiotika versorgt und zu früh aus der stationären Behandlung entlassen worden. Die Kläger behaupten ferner, dass die Klägerin zu 1. durch die Behandlungsfehler der im Haus der Beklagten tätigen Ärzte bei der Geburt ein „Burn out Syndrom“ erlitten habe und unter Depressionen leide sowie unter Schmerzen an der Lendenwirbelsäule. Auch der Kläger zu 2. leide noch heute unter rezidivierenden Infekten und habe durch die Umstände der Geburt eine Schwächung des Immunsystems erlitten. Die Kläger haben die Aufklärungsrüge erhoben und hierzu behauptet, die Klägerin hätte über die Möglichkeit eines Kaiserschnitts aufgeklärt werden müssen. 7

Die Kläger haben beantragt, 8

1. 9

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin zu 1. ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen konkrete Bemessung in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit; 10

2. 11

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger zu 2. ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen konkrete Bemessung in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit; 12

3. 13

festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin zu 1. sämtliche materielle sowie die zukünftigen immateriellen Schäden zu ersetzen, welche dieser aus der fehlerhaften Behandlung im Zeitraum Juli 2010 und August 2010 entstanden sind und/oder noch entstehen werden; immaterielle Schäden dabei nur insoweit, als sie derzeit noch nicht konkret vorhersehbar sind; materielle Schäden, soweit die hierauf gerichteten Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden; 14

4.	15
festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger zu 2. sämtliche materielle sowie die zukünftigen immateriellen Schäden zu ersetzen, welche diesem aus der fehlerhaften Behandlung im Zeitraum Juli 2010 und August 2010 entstanden sind und/oder noch entstehen werden; immaterielle Schäden dabei nur insoweit, als sie derzeit noch nicht konkret vorhersehbar sind; materielle Schäden, soweit die hierauf gerichteten Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden;	16
5.	17
die Beklagte zu verurteilen, an die Kläger vorgerichtliche Rechtsverfolgungskosten in Höhe von 2513,28 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.	18
Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen, und ist dem Vortrag der Kläger im Einzelnen entgegengetreten.	19
Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die zur Gerichtsakte gereichten Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen verwiesen.	20
Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung von medizinischen Sachverständigengutachten eines Gynäkologen und eines Neuropädiaters nebst gynäkologischem Ergänzungsgutachten sowie durch Erörterung der Gutachten im Termin zur mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme am 29. Oktober 2014. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Gutachten des Gynäkologen Prof. Dr. E vom 13. Dezember 2012 und 20. März 2014 [Bl. 108 ff. und 196 ff. d. A.], des Neuropädiaters Prof. Dr. L vom 28. August 2013 [Bl. 169 ff. d. A.] sowie auf die Sitzungsniederschrift vom 29. Oktober 2014 [Bl. 237 ff. d. A.] Bezug genommen. In dieser Weise sachverständig beraten hat das Landgericht die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass nach der durchgeführten Beweisaufnahme schadensursächliche Behandlungs- und/oder Aufklärungsfehler der Behandler im Hause der Beklagten nicht festgestellt werden könnten.	21
Dagegen wenden sich die Kläger mit ihren Berufungen, mit denen sie ihre erstinstanzlichen Klaganträge unverändert weiterverfolgen. Zur Begründung ihrer Berufungen tragen die Kläger unter teilweiser Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens insbesondere vor, dass das Landgericht ergänzend Sachverständigenbeweis und vorgreiflich Zeugenbeweis zu den streitigen Anknüpfungstatsachen hätte erheben müssen. Das Landgericht habe zu Unrecht angenommen, dass zu keinem Zeitpunkt die Indikation für einen Kaiserschnitt vorgelegen habe. Nach der Leitlinie der AWMF Nr. 015/029 bestehe bei Vorliegen eines manifesten Amnioninfektionssyndroms eine absolute Indikation zur Kaiserschnittentbindung. Danach habe bei der Klägerin zu 1. eindeutig eine Indikation für einen Kaiserschnitt vorgelegen, weil bei ihr Parameter vorgelegen hätten, die zu der Annahme eines Amnioninfektionssyndroms hätten führen müssen. Als entsprechende Parameter hätten vorgelegen eine fetale Tachykardie mit Herzschlägen von ≥ 150 Schlägen, mehrfach in der Spitze 190 Schläge pro Minute, eine zunehmende Wehentätigkeit, übelriechendes Fruchtwasser, eine Leukozytose ≥ 15.000 mit Spitzenwerten über 25.000 und eine CRP-Erhöhung. Soweit es im Tatbestand des angefochtenen Urteils heiße, dass die fetale Herzfrequenz 130 bis 150 gezeigt habe und dass keine Dezelerationen vorgelegen hätten, treffe dies nicht zu. Auch den diesbezüglichen Zeugenbeweisanträgen sei das Landgericht zu Unrecht nicht nachgegangen. Aber auch eine Herzfrequenz lediglich von $\geq$	22

150 Schlägen stelle nach der genannten Leitlinie bereits einen hohen Wert dar. In der Gesamtschau der genannten relevanten Parameter sei von einem manifesten Amnioninfektionssyndrom auszugehen. Soweit das Landgericht von einem nicht übelriechenden Fruchtwasser ausgegangen sei, habe es zu Unrecht den diesbezüglichen klägerischen Sachvortrag und Zeugenbeweisantritt übergangen. Die Auffassung des Sachverständigen, dass auch bei einem manifesten Amnioninfektionssyndrom durch einen Kaiserschnitt die Prognose nicht verbessert werde, solange von einem Geburtsfortschritt ausgegangen werden könne, widerspreche der zitierten Leitlinie. Im Übrigen könne auch von einem Geburtsfortschritt nicht wirklich ausgegangen werden. Der Sachverständige habe ferner übersehen, dass dem Kläger zu 2. im Falle der Kaiserschnittentbindung die so genannte Neugeborenen-Spätsepsis mit den damit verbundenen Komplikationen und möglichen Zukunftsrisiken erspart geblieben wären. Im Zusammenhang mit der Frage nach einer Indikation für einen Kaiserschnitt müsse in der Gesamtschau auch der leicht unter dem Normwert liegende pH-Wert berücksichtigt werden. Gleiches gelte für den Umstand, dass eine zumindest temporäre Sauerstoffunterversorgung vorgelegen habe, die dem Kläger bei einer Kaiserschnittentbindung erspart geblieben wäre.

Das Landgericht habe im Übrigen auch zu Unrecht das von den Klägern bereits in erster Instanz zitierte Urteil des Bundesgerichtshofs vom 17. Mai 2011 zu Az. VI ZR 69/10 zur Aufklärungspflicht bei Vorliegen einer Indikation für einen Kaiserschnitt nicht beachtet. Nach diesem Urteil reiche es für die Annahme einer Aufklärungspflicht bereits aus, wenn sich die konkrete Geburtssituation in eine Richtung entwickeln könne, welche eine relative Indikation zur Kaiserschnittentbindung eintreten lassen könne. Entgegen der offenbar beim Landgericht fälschlicherweise bestehenden Vorstellung verlange die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs für die Aufklärungsnotwendigkeit demgegenüber keine bereits eingetretene Indikation für einen Kaiserschnitt. Hinsichtlich der gerügten Hygienemängel bzw. Hygieneversäumnisse im Hause der Beklagten habe das Landgericht zu Unrecht entscheidungserheblichen klägerischen Vortrag und Beweisantritte der Kläger nicht berücksichtigt. Die Ausführungen des Sachverständigen und des Landgerichts in diesem Zusammenhang seien inhaltsleer. Es könne keinesfalls ausgeschlossen werden, dass tatsächlich Hygieneversäumnisse vorgelegen hätten, die im Hinblick auf die Infektion eine Rolle gespielt hätten.

23

Zu Unrecht habe das Landgericht angenommen, dass der Kläger zu 2. ausreichend mit Antibiotika behandelt worden sei. Der Sachverständige und diesem folgend das Landgericht hätten nicht beachtet, dass die Antibiotikabehandlung lediglich bis zum 4. August 2010 andauert habe und erst nach der weiteren Zustandsverschlechterung mit anderen Wirkstoffen wieder aufgenommen worden sei. Zu den Fragen, ob dieses Vorgehen ordnungsgemäß gewesen sei, ob der später eingesetzte Wirkstoff bereits initial hätte angewandt werden müssen, und ob eine zunächst nicht geeignete Antibiose bzw. der Abbruch der Antibiose am 4. August 2010 Auswirkungen auf den weiteren Verlauf gehabt habe, habe der Sachverständige sich nicht geäußert. Die Kläger seien davon überzeugt, dass das frühzeitige Abbrechen der Antibiose für die Ausbildung der Sepsis mit ursächlich gewesen sei. Es treffe entgegen der Auffassung des Sachverständigen auch nicht zu, dass die Ursache für die beim Kläger zu 2. aufgetretenen Infektion unklar sei. Der Sachverständige habe zudem seine Feststellung, dass der Kläger zu 2. nicht zu früh aus der stationären Behandlung entlassen worden sei, nicht überzeugend begründet. Auch wenn es dem Kläger zu 2. derzeit wieder gut gehe, ändere dies nichts an den seinerzeit eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Im Übrigen könne bei Schädigungen im Neugeborenenalter nie ausgeschlossen werden, dass in der Zukunft weitere Beeinträchtigungen entstehen könnten.

24

Zu Unrecht habe das Landgericht angenommen, dass von der Hebamme kein Plazentamaterial aus der Klägerin zu 1. herausgezogen worden sei, und dass die Klägerin zu 1. verursacht dadurch keine Schäden erlitten habe. Insoweit habe das Landgericht zu Unrecht nicht die von der Klägerin benannten Zeugen vernommen und anstelle dessen eine vorweggenommene Beweiswürdigung vorgenommen. 25

Die Beklagte beantragt die Zurückweisung der Berufung und tritt dem Berufungsvorbringen der Kläger im Einzelnen entgegen. 26

Wegen der weiteren Einzelheiten des Berufungsvorbringens der Parteien wird auf die im Berufungsverfahren eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf das Vorbringen der Parteien in der mündlichen Verhandlung am 23. November 2015 Bezug genommen. 27

II. 28

Die Berufungen der Kläger sind zulässig, aber nicht begründet. 29

Die Entscheidung des Landgerichts beruht weder auf einer Rechtsverletzung noch rechtfertigen die im Berufungsverfahren zugrunde zu legenden Tatsachen (§§ 529, 531 ZPO) eine andere Entscheidung (§ 513 ZPO). Das Landgericht hat vielmehr aus den in der mündlichen Verhandlung am 23. November 2015 seitens des Senates ausführlich dargelegten Gründen zu Recht entschieden, dass den Klägern gegen die Beklagte die geltend gemachten Ansprüche auf Ersatz immaterieller und materieller Schäden unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zustehen, weil ihnen der ihnen obliegende Beweis für schadensursächliche Behandlungsfehler der Behandler im Hause der Beklagten nicht gelungen, und weil auch die Aufklärungsrüge nicht begründet ist. Auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung, die sich der Senat zu Eigen macht, wird hier zur Vermeidung von Wiederholungen vollumfänglich Bezug genommen. Das Berufungsvorbringen der Kläger rechtfertigt eine abweichende Entscheidung nicht: 30

1. 31

Auch der Senat folgt bei seiner Beurteilung ebenso wie das Landgericht den Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. E [em. Direktor der Frauenklinik am Universitätsklinikum X; Gutachten vom 13. Dezember 2012 (Bl. 108 – 124 d. A.) nebst schriftlicher Ergänzung vom 20. März 2014 (Bl. 196 – 202 i. V. m. 203 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen am 29. Oktober 2014 (S. 1, 2 des Protokolls der erstinstanzlichen mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme am 29. Oktober 2014, Bl. 237 ff., 237, 237R d. A.)] und Prof. Dr. H L [Leiter des Neuropädiatrischen Bereiches der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums N; Gutachten vom 28. August 2013 (Bl. 169 – 177 d. A.) nebst mündlicher Erläuterungen am 29. Oktober 2014 (S. 1, 3 des Protokolls der erstinstanzlichen mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme am 29. Oktober 2014, Bl. 237 ff., 237, 238 d. A.)]. Beide Gutachten überzeugen den Senat nicht zuletzt deshalb, weil sie jeweils auf der Basis einer sorgfältigen Auswertung der Krankenunterlagen und des Akteninhalts im Übrigen sowie unter eingehender Auseinandersetzung mit dem Vorbringen der Parteien umfassend, in sich schlüssig und gut nachvollziehbar begründet worden sind. 32

2. 33

Nach dem Ergebnis der erstinstanzlich durchgeführten Beweisaufnahme geht der Senat – ebenso wie das Landgericht – davon aus, dass Behandlungs-, Aufklärungs- und/oder sonstige Fehler im Rahmen der geburtshilflichen Behandlung der Klägerin zu 1. vor, während 34

und nach der Geburt des Klägers zu 2. nicht festgestellt werden können.

a)

35

Hierzu hat Prof. Dr. E mit jeweils ausführlicher Begründung insbesondere ausgeführt, dass die Geburtseinleitung mit Cytotec im Hinblick auf den Umstand, dass die Klägerin zu 1. abnehmende Kindsbewegungen empfunden habe, sowie im Hinblick auf die übermäßige Gewichtszunahme der Klägerin zu 1. während der Schwangerschaft und ihrer Beschwerden wegen zunehmender Ödeme medizinisch indiziert gewesen und ordnungsgemäß durchgeführt worden sei. Die Geburtseinleitung sei auch erfolgreich gewesen, wie der Umstand zeige, dass es zu einem Blasensprung gekommen sei. Dem hätten sich eine leicht protrahierte, aber ansonsten unauffällige Eröffnungsphase und eine regelgerechte Austreibungsphase unter Oxytocin-Infusion bei liegender Periduralanästhesie angeschlossen. Die CTG-Befunde hätten im Wesentlichen unauffällige Herzfrequenzmuster gezeigt, wobei die sehr wenigen als suspekt einzustufenden Abschnitte jeweils von unauffälligen Kontrollen abgelöst und bei fortschreitendem Geburtsverlauf zutreffend als akzeptabel eingestuft worden seien. Die Geburt des Klägers sei spontan aus vorderer Hinterhauptslage erfolgt. Ca. 10 Minuten später sei es zu einer unkomplizierten und vollständigen Plazentageburt gekommen. Die verstärkte Nachblutung ca. achteinhalb Stunden später sei am ehesten auf eine mangelnde Uteruskontraktion zurückzuführen. Wegen des Verdachts auf Verbleiben von Plazentaresten im Körper der Klägerin zu 1., der mittels sonographischer Untersuchung nicht habe geklärt werden können, weil sonographisch Blutkoagel und Plazentareste nicht zuverlässig voneinander unterschieden werden könnten, sei die Indikation zu einer Kürettage korrekt gestellt und umgesetzt worden, wobei sich der Verdacht auf Verbleib von Plazentaresten durch die histologische Untersuchung nicht bestätigt habe. Zu keiner Zeit während des Geburtsvorganges habe die Indikation für einen Kaiserschnitt bestanden. Diese zusammenfassend wiedergegebenen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. E überzeugen den Senat. Sie werden von den Klägern auch nicht mit Erfolg angegriffen:

36

Insbesondere stellen sich die Kläger nach wie vor ohne Erfolg auf den Standpunkt, dass die Behandler im Hause der Beklagten einen Kaiserschnitt hätten vornehmen müssen, weil bei der Klägerin zu 1. ein manifestes Amnioninfektionssyndrom vorgelegen habe. Denn zum einen kann nach den auch insoweit überzeugend begründeten Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. E weder aus der rechtlich maßgeblichen Sicht ex ante noch aus der Sicht ex post davon ausgegangen werden, dass bei der Klägerin zu 1. ein Amnioninfektionssyndrom vorgelegen hat. Und zum anderen hätte das Vorliegen eines Amnioninfektionssyndroms entgegen der bei den Klägern offenbar bestehenden Vorstellung nicht zwingend die Indikation für einen Kaiserschnitt bedeutet. In diesem Zusammenhang hat Prof. Dr. E insbesondere ausgeführt, dass die dokumentierten Temperatur- und Pulsmessungen jeweils Normwerte ergeben hätten, und dass der CRP-Wert erst zu einem Zeitpunkt angestiegen sei, als die kindliche Herzfrequenzregistrierung unauffällige Befunde ergeben habe. Diese Umstände sprächen eindeutig gegen das Vorliegen eines Amnioninfektionssyndroms. Und die erhöhten Leukozytenwerte sowie der später angestiegene CRP-Wert seien alleine nicht beweisend für ein Amnioninfektionssyndrom. Im Übrigen verbessere eine Kaiserschnittentbindung auch bei Vorliegen eines manifesten Amnioninfektionssyndroms die Prognose für das Kind nicht, solange von einem Geburtsfortschritt ausgegangen werden könne, was bei der Klägerin zu 1. der Fall gewesen sei. Diese Ausführungen überzeugen den Senat. Und sie werden von den Klägern auch nicht mit Erfolg angegriffen. Insbesondere berufen die Kläger sich ohne Erfolg auf die Leitlinie der AWMF Nr. 015/029. Denn Prof. Dr. E hat seine Feststellungen in Kenntnis und unter Berücksichtigung dieser Leitlinie getroffen, wobei sich auch aus dieser Leitlinie selbst

37

entsprechend den Feststellungen des Prof. Dr. E und entgegen der bei den Klägern offenbar bestehenden Vorstellung ergibt, dass selbst bei manifestem Amnioninfektionssyndrom eine Indikation für einen Kaiserschnitt dann nicht angenommen wird, wenn eine vitale Gefahr für die Mutter nicht besteht und wenn von einem Geburtsfortschritt ausgegangen werden kann. Dass eine vitale Gefahr für die Klägerin zu 1. bestanden hätte, behaupten die Kläger selbst zu Recht nicht. Und von einem Geburtsfortschritt konnte bei der Klägerin zu 1. nach den Feststellungen des Sachverständigen ausgegangen werden. Hierzu hat Prof. Dr. E ausgeführt, dass bei der Klägerin zu 1. insbesondere deshalb aus der maßgeblichen Sicht ex ante von einem Geburtsfortschritt ausgegangen werden können, weil der Muttermund bereits fast vollständig eröffnet gewesen sei. Und die Einschätzung des voraussichtlichen Geburtsverlaufs aus der Sicht ex ante habe sich auch aus der Sicht ex post durch den weiteren tatsächlichen Verlauf der Geburt bestätigt. Die Kläger verweisen zur Begründung ihrer Auffassung, dass bei der Klägerin zu 1. ein Amnioninfektionssyndrom vorgelegen habe, auch ohne Erfolg auf die CTG-Befunde. Denn Prof. Dr. E hat diese Befunde im Einzelnen sorgfältig ausgewertet, seiner Begutachtung insgesamt und insbesondere auch im Rahmen der Prüfung der Frage zugrunde gelegt, ob Anzeichen für ein Amnioninfektionssyndrom vorgelegen haben. Dabei hat der Sachverständige die CTG-Befunde auch in der erforderlichen Weise mit den anderen erhobenen Befunden in Relation gesetzt und aus der sich daraus ergebenden umfassenden Gesamtschau seine diesbezüglichen Feststellungen getroffen. Vor dem Hintergrund der Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. E kann auch die Behauptung der Kläger letztlich dahinstehen, dass das Fruchtwasser übel gerochen habe und nicht lediglich grünlich verfärbt gewesen sei, wie dies in den Behandlungsunterlagen der Beklagten dokumentiert ist. Denn diese Behauptung kann vor dem Hintergrund des Ausgeführten zugunsten der Kläger als wahr unterstellt werden, ohne dass sich daraus eine abweichende und für die Kläger günstigere Beurteilung ergäbe. Dem Bild des Fruchtwassers hat Prof. Dr. E keine entscheidende Bedeutung beigemessen. Im Hinblick darauf bestand bzw. besteht weder für das Landgericht noch für den Senat Veranlassung für das Erheben des insoweit von den Klägern angetretenen Zeugenbeweises. Letztlich erschöpfen sich die Ausführungen der Kläger im Zusammenhang mit dem Amnioninfektionssyndrom und der von ihnen daraus abgeleiteten Indikation für einen Kaiserschnitt darin, dass sie ihr laienhaftes Verständnis von der zitierten Leitlinie und ihre sonstigen Vorstellungen aus Laiensicht ohne überzeugende medizinische Argumentation den Ausführungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. E entgegensetzen, der aufgrund seiner Ausbildung und Erfahrung als emeritierter Direktor der Frauenklinik am Universitätsklinikum X in besonderem Maße qualifiziert ist, die medizinisch-geburtshilflichen Streitfragen des vorliegenden Rechtsstreits zu begutachten.

b)

38

Aus dem Vorstehenden ergibt sich zugleich, dass die Klägerin zu 1. entgegen der Auffassung der Kläger nicht über die Möglichkeit sowie die Chancen und Risiken eines Kaiserschnittes hätte aufgeklärt werden müssen. In diesem Zusammenhang berufen die Kläger sich auch ohne Erfolg auf das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 17. Mai 2011 [VI ZR 69/10, VersR 2011, 1146]. Denn in dieser Entscheidung hat der Bundesgerichtshof ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nicht bei jeder Geburt und auch nicht schon dann über die Möglichkeit sowie die Chancen und Risiken einer Kaiserschnittentbindung aufgeklärt werden muss, wenn die lediglich theoretische Möglichkeit besteht, dass im weiteren Verlauf eine Konstellation eintreten kann, die als relative Indikation für eine Kaiserschnittentbindung bewertet werden kann. Nach der zitierten Entscheidung des Bundesgerichtshofs ist für eine entsprechende Aufklärungsobliegenheit vielmehr erforderlich, dass deutliche Anzeichen dafür bestehen, dass sich der Geburtsvorgang in Richtung auf eine Situation der Entscheidung zwischen

39

einer Kaiserschnittentbindung und einer anderen Entbindungsmethode entwickeln kann [BGH, a. a. O., juris-Rn. 11]. Deutliche Anzeichen in diesem Sinne lagen bei der Klägerin zu 1. aber nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Prof. Dr. E nicht vor.

c) 40

Es kann auch nicht festgestellt werden, dass die Hebamme nach der Geburt des Klägers zu 2. in fehlerhafter und haftungsbegründender Weise an der Plazenta gezogen hätte, und dass infolgedessen Plazentaresten im Körper der Klägerin zu 1. verblieben wären. Dies gilt schon deshalb, weil die Behauptung der Kläger, es seien infolge des behaupteten Ziehens Plazentaresten im Körper der Klägerin zu 1. verblieben, durch die histologische Untersuchung des bei der Kürettage entnommenen Gewebes widerlegt ist. Denn bei dieser histologischen Untersuchung sind Plazentaresten nicht festgestellt worden. Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, dass und warum es in der behaupteten Weise einer Intervention durch die Hebamme bedurft haben könnte. Denn die Plazentageburt ist ausweislich der Behandlungsdokumentation der Beklagten ca. 10 Minuten nach der Geburt des Klägers zu 2. spontan und vollständig erfolgt.

Zu der Frage, ob die Hebamme entsprechend der Behauptung der Kläger an der Plazenta gezogen hat, kann die Behauptung der Kläger aber auch als wahr unterstellt werden, ohne dass sich hieraus eine für die Kläger günstigere Beurteilung ergäbe. Denn eine Haftung der Beklagten ergäbe sich auch in dem Falle nicht, weil weder von den Klägern vorgetragen worden [– mit Ausnahme der widerlegten Behauptung des Verbleibens von Plazentaresten im Körper –] noch sonst ersichtlich ist, welcher ersatzfähige Schaden der Klägerin zu 1. dadurch entstanden sein könnte. Dass die Nachblutung auf dem – angeblich – fehlerhaften Ziehen an der Plazenta beruht, kann nicht festgestellt werden, weil in erster Linie eine mangelnde Uteruskontraktion als Ursache möglich ist, wobei eine Beweislastumkehr hinsichtlich der Kausalität zugunsten der Klägerin zu 1. unter dem Gesichtspunkt eines groben Behandlungsfehlers ersichtlich nicht in Betracht kommt. Wie Prof. Dr. E dargelegt hat, darf die Hebamme die Nabelschnur halten und die „Geburt“ der in der Scheide liegenden Plazenta durch einen leichten Zug unterstützen. Dass die Vorgehensweise der Hebamme W darüber hinaus gegangen ist, haben die Kläger nicht dargelegt und nicht durch das Zeugnis des Ehemanns und der Mutter der Klägerin zu 1) unter Beweis gestellt. Im Hinblick darauf bestand bzw. besteht weder für das Landgericht noch für den Senat Veranlassung für das Erheben des von den Klägern insoweit angetretenen Zeugenbeweises.

d) 43

Eine Haftung der Beklagten gegenüber der Klägerin zu 1. scheitert im Übrigen nach den überzeugenden und von den Klägern nicht angegriffenen Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. E insgesamt jedenfalls daran, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder sonstige Schäden der Klägerin zu 1., die durch das Verhalten der Behandler im Hause der Beklagten im Zusammenhang mit der Geburt des Klägers zu 2. verursacht worden sein könnten, nicht festgestellt werden können. In Bezug auf die Nachblutung gilt dies aus den oben angesprochenen Gründen. Nach dem überzeugenden Gutachten des Prof. Dr. E kann ein Ursachenzusammenhang auch etwa in Bezug auf die Lumboschmerzen und Depressionen, die in der Zeit nach der umstrittenen Geburt in den Behandlungsunterlagen der Klägerin zu 1. dokumentiert sind, nicht festgestellt werden.

3. 45

a) 46

Eine Inanspruchnahme der Beklagten durch den Kläger zu 2. scheitert bereits daran, dass nach dem überzeugend begründeten Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. L eine gesundheitliche Beeinträchtigung und/oder ein sonstiger Schaden des Klägers zu 2., der durch das Verhalten der Behandler im Hause der Beklagten verursacht worden sein könnte, nicht festgestellt werden kann. Vielmehr hat Prof. Dr. L bei seiner umfassenden und eingehenden klinisch-neurologischen Untersuchung des Klägers zu 2. am 23. August 2013 festgestellt, dass der Kläger vollumfänglich altersentsprechend entwickelt ist und weder pädiatrisch-intern noch neuropädiatrisch irgendein Defizite aufweist, und dass auch das durchgeführte EEG komplett unauffällig ist. Diese Feststellungen haben die Kläger nicht mit Substanz angegriffen. Soweit die Kläger meinen, dass bei Schädigungen im Neugeborenenalter nie ausgeschlossen werden könne, dass in der Zukunft weitere Beeinträchtigungen entstehen könnten, ist dieses Vorbringen so wenig konkret und so vage, dass es weder eine Haftung der Beklagten noch eine diesbezügliche Feststellung der Einstandspflicht der Beklagten rechtfertigt.

47

b)

48

Im Hinblick auf Vorstehendes käme als gesundheitlicher Schaden, der auf den behaupteten Behandlungsfehlern beruhen könnte, von vorneherein allenfalls das Entstehen oder eine Verschlimmerung der – folgenlos ausgeheilten – Late-onset-Sepsis mit der Folge einer einwöchigen Wiederaufnahme in das Haus der Beklagten in Betracht. Aber auch insoweit scheidet eine Haftung der Beklagten aus, weil nach dem Ergebnis der erstinstanzlichen Beweisaufnahme auch in Bezug auf den Kläger zu 2. haftungsbegründende Fehler der Behandler im Hause der Beklagten nicht festgestellt werden können. Vielmehr war die Behandlung des Klägers zu 2. im Hause der Beklagten nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L aus den Gründen von S. 8/9 der angefochtenen Entscheidung aus medizinisch-sachverständiger Sicht nicht zu beanstanden. Diese Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L greifen die Kläger ohne Substanz an. Bei ihren Ausführungen zu der Antibiose, die der Kläger zu 2. im Hause der Beklagten erhalten hat, scheinen sie auszublenken, dass die Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L auf einer sorgfältigen Auswertung der Behandlungsunterlagen beruhen und damit auch in Kenntnis der erhobenen Befunde und der durchgeführten Medikation und sonstigen Behandlungsmaßnahmen erfolgt sind. Nach den überzeugend begründeten Feststellungen des Prof. Dr. L ergibt sich auch aus dem Umstand, dass der Kläger zu 2. am 7. August 2010 erneut im Hause der Beklagten stationär aufgenommen und behandelt werden musste, kein Indiz für die Annahme, dass die zuvor bis zum 6. August 2010 erfolgte stationäre Behandlung im Hause der Beklagten fehlerhaft und/oder die Entlassung am 6. August 2010 verfrüht gewesen sein könnten. Dies gilt schon deshalb, weil nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L und entgegen der bei den Klägern offenbar bestehenden Vorstellung nicht sicher bestimmt werden kann, ob es sich bei den am 7. August 2010 festgestellten Symptomen um diejenigen einer Neuinfektion gehandelt hat oder um Symptome der möglicherweise wieder aufgeflammten vorherigen Infektion. Zudem war der dokumentierte Allgemeinzustand des Klägers zu 2. bei seiner Entlassung stabil, gab es nach den Feststellungen des Sachverständigen keine Anzeichen für eine aufkeimende Late-onset-Sepsis und ist das zur Wiederaufnahme führende Fieber unstreitig erst nach der Entlassung aufgetreten. Und auch ein Zusammenhang zwischen den von den Klägern behaupteten Hygienemängeln und der Infektion bzw. den Infektionen des Klägers zu 2. kann nach den nicht mit Substanz angegriffenen Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. L nicht festgestellt werden. Die Kläger selbst haben die Infektion des Klägers zu 2. auf das ihrer Behauptung nach vorhanden gewesene Amnioninfektionssyndrom zurückgeführt.

49

50

4. Prozessuale Nebenentscheidungen:

Die Kostenentscheidung beruht auf § 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf § 708 Nr. 10, § 711 ZPO. 51

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 543 Abs. 2 ZPO hierfür nicht vorliegen. Es geht im vorliegenden Verfahren im Wesentlichen um Tatsachenfragen und im Übrigen um die Anwendung geltenden Rechts sowie der hierzu in Rechtsprechung und Literatur entwickelten und allgemein anerkannten Grundsätze und damit um eine Einzelfallentscheidung. 52

Berufungsstreitwert: 50.00,00 Euro 53