

Titel:

Behandlungsfehler, Fruchtwassermenge, Notsectio, Plazentainsuffizienz, Kardiotokografie, Schmerzensgeld, Blutgaswerte

Leitsätze:

1. Um einen Diagnoseirrtum handelt es sich, wenn der Arzt erhobene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert und deshalb nicht die gebotenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ergreift.
2. Daran fehlt es, wenn der behandelnde Arzt zwar den sonografisch abzuschätzenden Fruchtwasserindex (AFI) nicht zutreffend bestimmt hat, aber objektiv eine Fruchtwassermenge vorlag, die weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nicht erforderlich machte.
3. Die Bezeichnung von Fruchtwasser als „erbsbreiartig“ ist ein in der Geburtshilfe etablierter Begriff, der, wenn auch die Beurteilung als „erbsbreiartig“ der Einschätzung des Behandlers unterliegt, dennoch eine hinreichende Objektivierung dahin zulässt, dass das so beschriebene Fruchtwasser eine zähe, dickflüssige, grüne Masse ist.
4. Der Umstand, dass der Zustand des Fruchtwassers bei Entbindung zum errechneten Geburtstermin als „erbsbreiartig“ beschrieben wird, ist kein hinreichendes Indiz dafür, dass bereits 17 Stunden vorher eine Fruchtwassermenge vorlag, die weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erforderlich machte.

Schlagworte:

Behandlungsfehler, Fruchtwassermenge, Notsectio, Plazentainsuffizienz, Kardiotokografie, Schmerzensgeld, Blutgaswerte

Vorinstanz:

LG Nürnberg-Fürth, Urteil vom 20.05.2021 – 4 O 8695/15

Tenor

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Landgerichts Nürnberg-Fürth vom 20.05.2021, Az. 4 O 8695/15, wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Dieses Urteil sowie das vorbezeichnete Endurteil des Landgerichts Nürnberg-Fürth sind ohne Sicherheitsleistung vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110% des aufgrund des Urteils vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110% des jeweils zu vollstreckenden Betrages leistet.

Beschluss

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1.000.000,- € festgesetzt.

Entscheidungsgründe

A.

1

Die Klägerin nimmt die Beklagte wegen vorgeburtlicher Behandlungsfehler in Anspruch.

2

I. Die Mutter der Klägerin, zum damaligen Zeitpunkt 30 Jahre alt, stellte sich am 13.07.2008, dem errechneten Geburtstermin, um 01:25 Uhr, in der Klinik für Frauenheilkunde der Beklagten vor. Es war die erste Schwangerschaft der Mutter. Die Schwangerschaft war bis dahin komplikationslos verlaufen. Die betreuende Gynäkologin Dr. M. hatte beim letzten zuvor durchgeführten Kontrolltermin am 01.07.2008 festgestellt, dass das Fruchtwasser „zurückgegangen“ sei. Bei der Vorstellung am 13.07.2008 in der Klinik der Beklagten berichtete die Mutter der Klägerin über Wehen und kräftige Kindsbewegungen und wurde von

der Zeugin Dr. M. behandelt, welche als Oberärztin in der Klinik der Beklagten tätig war. Die Zeugin untersuchte die Mutter der Klägerin vaginal, leitete zwischen 02:05 und 02:14 eine Kardiotokografie (CTG) ab, maß gegen 03:30 die vorhandene Menge Fruchtwasser sonografisch, maß Fließeigenschaften des Blutes in der Nabelschnurarterie mittels Dopplersonografie und nahm sonografisch eine Größenabschätzung des Kindes vor. Als Befundergebnisse dokumentierte die Zeugin: einen unreifen Muttermund, eine Basalfrequenz der Herzschläge der Klägerin von 140 Schläge/min, einen Fruchtwasserindex (Amniotic-Fluid-Index, AFI) von 12, einen Widerstandsindex (RI) von 0,61, einen Schädeldurchmesser von 9,1 cm, einen Thoraxquerdurchmesser von 10.01 cm und eine Femurlänge von 7,3 cm. Sie beurteilte die Befundergebnisse als unauffällig. Die Mutter der Klägerin und die Zeugin vereinbarten eine Wiedervorstellung bei regelmäßiger Wehentätigkeit oder Beschwerden, spätestens am 15.07.2008. Weitere Einzelheiten des Gesprächs sind zwischen den Parteien streitig. Gegen 4:00 Uhr am 13.07.2008 wurde die Mutter der Klägerin entlassen.

3

Bereits gegen 20:50 Uhr am 13.07.2008 suchte die Mutter der Klägerin die Klinik erneut auf und wurde wiederum von der Zeugin behandelt. Die Mutter berichtete nun über sich verstärkende Wehen im Abstand von 30 bis 45 min. Eine abgeleitete CTG ergab eine Herzfrequenz der Klägerin von nur noch 61 Schlägen/min, woraufhin die Ärzte der Beklagten um 20:56 Uhr die Indikation zur Notsectio stellten und die Klägerin um 21:01 Uhr mit Kaiserschnitt entbunden wurde. Zu dem Eingriff vermerkte die Zeugin im Operationsbericht einen Blutverlust von 600 ml bei manueller Plazentaablösung und die Entleerung von „erbsbreiartigem“ Fruchtwasser. Nach der Geburt musste bei der Klägerin Fruchtwasser, das ebenfalls als „erbsbreiartig“ beschrieben wurde, aus der Luftröhre abgesaugt werden.

4

Die nachgeburtliche Messung des pH-Wertes des Nabelschnurbluts ergab einen Wert von 6,58, der Basenexcess (BE) wurde als nicht messbar dokumentiert, der Sauerstoffpartialdruck (pO_2) lag bei 10 mmHg, der Kohlendioxidpartialdruck (pCO_2) bei 205 mmHg, die Apgarwerte der Klägerin wurden mit 1 / 5 / 8 festgehalten. Der histologische Befund der Plazenta wurde als unauffällig dokumentiert. Später auf Station wurden bei der Klägerin am selben Tag Werte wie folgt gemessen: pH-Wert: 6,8, pCO_2 : 70,7 mmHg, pO_2 57,1 mmHg und BE – 21,5.

5

Die Klägerin verblieb vom 13.07.2008 bis zum 06.08.2008 in der Kinderklinik der Beklagten in stationärer Behandlung.

6

Im Weiteren wurde bei der Klägerin eine hypoxischischämische Enzephalopathie mit schweren zerebralen Schädigungen festgestellt. Dadurch leidet die Klägerin an vielfachen, schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen. Sie ist seit ihrer Geburt dauerhaft auf umfassende Pflege angewiesen.

7

Die Klägerin hat behauptet, das Vorgehen der Zeugin Dr. M. in der Nacht vom 12.07. auf den 13.07.2008 sei behandlungsfehlerhaft gewesen. Dazu hat sie in erster Instanz zunächst vorgebracht: In der Nacht habe ein zunehmendes Risiko für eine Plazentainsuffizienz und damit für eine Sauerstoffunterversorgung der Klägerin bestanden, da der errechnete Geburtstermin erreicht gewesen sei, die die Mutter der Klägerin behandelnde Frauenärzten Dr. M. bereits am 01.07.2008 einen Rückgang der Fruchtwassermenge festgestellt habe, die Untersuchung der Nabelschnurarterie mit einem RI von 0,61 einen pathologischen Befund ergeben und sich unregelmäßige Wehentätigkeit gezeigt habe. Die Zeugin hätte daher die Mutter der Klägerin vor Entlassung am Morgen des 13.07.2008 darüber aufklären müssen, dass es, wenn die Mutter die Klinik verlasse und im Verlauf eine Plazentainsuffizienz auftrete, keine Möglichkeit gebe, dies zu bemerken und entsprechend zu reagieren. Dies habe die Zeugin versäumt. Stattdessen habe sie die stationäre Aufnahme der Mutter der Klägerin mit der Bemerkung, bis zum Eintreten regelmäßiger Wehen werde auch in der Klinik nichts unternommen, als unnötig abgetan. Wäre die Mutter der Klägerin ordnungsgemäß therapeutisch aufgeklärt worden, hätte sie sich für den Verbleib in der Klinik entschieden und wäre nicht nochmals nach Hause gegangen. In der Folge hätte die Notsectio so frühzeitig stattfinden können, dass das Eintreten eines dauerhaften gesundheitlichen Schadens bei der Klägerin hätte verhindert werden können.

8

Im Laufe des Verfahrens hat die Klägerin ihren Vortrag ergänzt und behauptet, die am frühen Morgen des 13.07.2008 dokumentierte Fruchtwassermenge mit einem AFI 12 sei nicht damit vereinbar, dass bei der Sectio „erbsbreiartiges“ Fruchtwasser festgestellt worden sei und auch postnatal aus der Luftröhre der Klägerin habe abgesaugt werden müssen. Unter „erbsbreiartigem“ Fruchtwasser sei grünlisches, durch Kindspech (Mekonium) verdicktes Fruchtwasser zu verstehen. Dies und der Umstand, dass bereits durch die behandelnde Frauenärztin zuvor ein Rückgang des Fruchtwassers festgestellt worden sei, spreche dafür, dass bereits am Morgen des 13.07.2008 eine verringerte Fruchtwassermenge im Sinne einer pathologischen Volumenreduktion (Oligohydramnion) vorgelegen habe und dies von der Zeugin fehlerhaft übersehen worden sei. Bei Erkennen des Oligohydramnions hätte die Mutter der Klägerin stationär aufgenommen und einer intensiven Überwachung zugeführt werden müssen. Sodann wäre spätestens im Laufe des 13.07.2008 die Geburt mittels Einleitung oder Sectio herbeizuführen gewesen. Hierüber hätte die Mutter der Klägerin auch informiert werden müssen. Denn eine nachlassende Fruchtwassermenge sei ein Hinweis auf eine placentare Insuffizienz, aus der sich spätestens bei einer zusätzlichen Beeinträchtigung durch die Wehentätigkeit eine abnehmende Sauerstoffversorgung und ein Mekoniumabgang ergeben könne.

9

Die Klägerin ist der Auffassung gewesen, dass sowohl die unterlassene therapeutische Aufklärung, als auch die fehlerhafte Messung der Fruchtwassermenge einen groben Behandlungsfehler darstellten. Sie hat deshalb von der Beklagten ein Schmerzensgeld, als angemessen hat sie 500.000,- € erachtet, und die Erstattung außergerichtlicher Rechtsverfolgungskosten in Höhe von 10.724,28 € verlangt und beantragt, festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet sei, allen materiellen Schaden und allen zukünftig noch entstehenden immateriellen Schaden aus der streitgegenständlichen Behandlung zu ersetzen.

10

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat jeden Behandlungsfehler in Abrede gestellt. Die Untersuchung der Mutter der Klägerin habe insgesamt unauffällige Befunde ergeben. Die Fruchtwassermenge sei am Morgen des 13.07.2008 zutreffend gemessen und ebenso zutreffend als normwertig beurteilt worden. Hinweise auf eine Gefährdung des Fetus oder eine fetale Notlage hätten sich nicht gezeigt. Es sei daher leitlinienkonform gewesen, die Mutter der Klägerin ohne weitere Aufklärung nach Hause zu entlassen.

11

Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Parteivorbringens und der in erster Instanz gestellten Anträge wird auf den Tatbestand des angefochtenen Endurteils vom 20.05.2021 (Bl. 341 ff. d.A.) Bezug genommen.

12

II. Das Landgericht hat die Klage nach Erholung mehrerer fachärztlicher Sachverständigengutachten (Prof. Dr. Dr. T.n, Gynäkologe, Prof. Dr. A., ebenfalls Gynäkologe, Prof. Dr. K.-M., Neuropädiaterin), Anhörung der Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T. und Prof. Dr. A., Anhörung der Mutter der Klägerin sowie Einvernahme der Zeugin Dr. M., mit Endurteil vom 20.05.2021 abgewiesen. Zur Begründung hat das Landgericht im Wesentlichen ausgeführt: Die Klägerin habe nicht beweisen können, dass in den Morgenstunden des 13.07.2008 tatsächlich ein interventionsbedürftiger Fruchtwassermangel vorgelegen habe, den die Zeugin Dr. M. übersehen habe. Zwar sei eine physiologisch bedingte Verringerung der Fruchtwassermenge im Verlauf des 13.07.2008 ebenso wie ein Verlust des Fruchtwassers durch vorzeitigen Blasensprung, auszuschließen. Auch hätten die gynäkologischen Sachverständigen festgestellt, dass eine „erbsbreiartige“ Verdickung des Fruchtwassers bei einem AFI von 12 jedenfalls unwahrscheinlich sei. Selbst wenn man annehme – was von den Sachverständigen freilich unterschiedlich beurteilt worden sei, aber letztlich dahinstehen könne – dass die Feststellung „erbsbreiartigen“ Fruchtwassers obligat mit dem Vorliegen eines interventionspflichtigen Oligohydramnions einhergehe, ließe sich aus den genannten Umständen nicht mit der erforderlichen Sicherheit auf eine Fehlmessung der Zeugin Dr. M. schließen. Denn ein Rückschluss von dem bei Sectio dokumentierten „erbsbreiartigen“ Fruchtwasser auf das Vorliegen eines Oligohydramnions schon am Morgen des 13.07.2008 und damit einer Fehlmessung der Zeugin, setzte voraus, dass das Dazwischentreten einer pathologischen Ursache, die ihrerseits das Auftreten eines Oligohydramnions im Nachgang zur Messung hätte bedingen können, sicher ausgeschlossen werden könne, was die Klägerin zu beweisen habe. Hiervon sei die Kammer nach der durchgeführten Beweisaufnahme jedoch nicht in einem ausreichenden Maße überzeugt. Nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. A. habe eine Ursache für die kindliche Notlage unmittelbar vor der Entbindung nicht sicher gefunden werden können.

Jedoch könne das Auftreten einer akuten Plazentainsuffizienz, für die es ex ante am Morgen des 13.07.2008 keine Anhaltspunkte gegeben habe, bei retropektiver Betrachtung nicht ausgeschlossen werden. Sie sei noch die wahrscheinlichste Ursache für die bei der Klägerin eingetretenen Schäden. Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. T. trete dieser Feststellung zwar nicht bei. Aber auch unter Zugrundelegung der Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T. könne die Kammer eine pathologische Ursache für die Volumenverminderung des Fruchtwassers nicht mit der erforderlichen Gewissheit ausschließen. Denn Prof. Dr. Dr. T. nenne eine Nabelschnurtorsion als denkbare Ursache für Schäden der Klägerin. Weitere von beiden Sachverständigen genannte pathologische Zustände, die geeignet seien, die Schäden bei der Klägerin herbeizuführen, seien eine schwere neonatale Asphyxie, ein intrauteriner Fruchttod, auch der plötzliche Kindstod. Diese von den Sachverständigen, wenngleich unter Angabe unterschiedlicher Wahrscheinlichkeitsgrade, genannten, aber nicht sicher auszuschließenden, pathologischen Vorgänge führten zwar nicht unmittelbar zu einem Fruchtwasserverlust. Angesichts der von dem Sachverständigen Prof. Dr. A. geschilderten Wirkweise des Fruchtwasseraustausches liege es aber nahe, dass bei einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des Fetus in Folge einer akuten Plazentainsuffizienz und der damit einhergehenden Unterbrechung der Versorgung des Fetus dieser nicht mehr in der Lage sei, Urin zur Neubildung von Fruchtwasser auszuscheiden, was zu einer Reduktion der vorhandenen Fruchtwassermenge führe. Schließlich müsse in diesem Zusammenhang im Blick behalten werden, dass es sich bei der Beschreibung des Fruchtwassers als „erbsbreiartig“ um eine subjektiv geprägte Wertung handele. Nachdem das Fruchtwasser im Rahmen der Notsectio weder aufgefangen noch gemessen worden sei, könne ein objektivierbarer Schluss aus der Beschreibung des Fruchtwassers als „erbsbreiartig“ auf die konkret vorhandene Menge des Fruchtwassers nur schwerlich gezogen werden. Aus dem Zustand des Fruchtwassers bei Notsectio könne deshalb auch nicht mit der erforderlichen Sicherheit auf eine Fehlmessung der Zeugin Dr. M. geschlossen werden. Deshalb könne dahinstehen, ob mit der Feststellung „erbsbreiartigen“ Fruchtwassers stets ein interventionspflichtiger Mangel an Fruchtwasser einhergehe. Somit gehe die Kammer für den Morgen des 13.07.2008 von einem vollständigen erhobenen, unauffälligen Befundbild aus, zumal beide Sachverständige den RI der Nabelschnurarterie von 0,61 nicht dem pathologischen Bereich zugeordnet hätten. Eine zuvor am 01.07.2008 von der behandelnden Frauenärztin festgestellte „verminderte“, aber nicht interventionsbedürftige Fruchtwassermenge stelle die am 13.07.2008 erhobenen, normwertigen Befunde nicht in Frage. Medizinisch sei aufgrund der Befunde am Morgen des 13.07.2008 kein relevantes Risiko erkennbar gewesen. Die stationäre Aufnahme der Mutter der Klägerin sei daher nicht indiziert und eine weitergehende Sicherungsaufklärung nicht veranlasst gewesen, weshalb der weitere Inhalt des Entlassungsgeprächs zwischen der Mutter der Klägerin und der Zeugin Dr. M. keiner weiteren Aufklärung bedürfe. Auch anderweitige Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Geburt lägen nicht vor. Der Vortrag im nachgelassenen Schriftsatz der Klägerin vom 15.04.2021 gebiete keinen Wiedereintritt in die mündliche Verhandlung. Selbst wenn – wie die Klagepartei nunmehr erstmals vortrage – ein „Nabelschnurvorfal“ nur bei Vorliegen eines Oligohydramnions denkbar sein sollte, könne bereits aufgrund der vorgenannten Erwägungen eine akute Plazentainsuffizienz nicht sicher ausgeschlossen werden. Zudem verbleibe die signifikante Wahrscheinlichkeit einer unbekannten Ursache. Auch die Einholung eines ergänzenden neonatologisch-neuropädiatrischen Sachverständigengutachtens sei nicht angezeigt, da auf Grundlage der Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. A. nicht ausgeschlossen werden könne, dass der Eintritt der fetalen Notlage erst unmittelbar vor der Entbindung stattgefunden habe.

13

Wegen der weiteren Einzelheiten der Begründung wird auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Endurteils (Bl. 341 ff. d.A.) verwiesen.

14

III. Das Endurteil ist dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 25.05.2021 zugestellt worden. Mit der am 17.06.2021 eingelegten und mit Schriftsatz vom 13.09.2021, eingegangen am 21.09.2021, innerhalb verlängerter Frist begründeten Berufung greift die Klägerin das Urteil des Landgerichts in vollem Umfang an und verfolgt ihre erstinstanzlich gestellten Anträge weiter.

15

Zur Begründung des Rechtsmittels hat die Klägerin im Wesentlichen vorgebracht: Von dem Vorliegen eines Oligohydramnions bereits am Morgen des 13.07.2008 habe das Landgericht schon wegen einer der Klägerin zugutekommenden Beweiserleichterung ausgehen müssen. Es mangle vorliegend nämlich an der gebotenen Bilddokumentation der sonographischen Messung der Fruchtwassermenge. Folge eines solchen

Dokumentationsmangels seien Beweiserleichterungen, weshalb verbleibende Restzweifel zu Lasten der Beklagten gehen müssten. Das Landgericht habe zudem bei der Frage, ob der Klägerin der Nachweis einer fehlerhaften Messung des Fruchtwasservolumens am Morgen des 13.07.2008 gelungen sei, einen zu strengen Beweismaßstab angelegt, wenn es danach gefragt habe, ob eine pathologische Ursache für einen Verlust von Fruchtwasservolumen im Laufe des 13.07.2008 sicher auszuschließen sei. Unabhängig davon könne eine pathologische Ursache für die Volumenreduzierung entgegen den Feststellungen des Landgerichts gerade ausgeschlossen werden. Die Bezeichnung „erbsbreiartig“ für das bei Geburt der Klägerin vorhandene Fruchtwasser erlaube entgegen der Auffassung des Landgerichts eine Objektivierung. So bezeichnetes Fruchtwasser sei nicht mit einem AFI von 12 und grundsätzlich auch nicht mit einer normalen Fruchtwassermenge vereinbar. „Erbsbreiartiges“ Fruchtwasser setze immer eine pathologisch verringerte Fruchtwassermenge voraus, womit diese pathologisch verringerte Fruchtwassermenge schon am Morgen des 13.07.2008 vorgelegen haben müsse, sofern es nicht aufgrund pathologischer oder sonstiger Sachverhalte im Laufe des 13.08.2008 zu einer Fruchtwasserverminderung gekommen sei. Dies sei indes ausgeschlossen. Bei seiner gegenteiligen Auffassung unterscheide das Landgericht nicht hinreichend zwischen pathologischen Ursachen, die im Laufe des Tages zu einer Verminderung der Fruchtwassermenge hätten führen können und pathologischen Ursachen, die nicht zu einer Verminderung der Fruchtwassermenge hätten führen können, sondern nur geeignet gewesen seien, eine Stresssituation für den Fetus in Form des Sauerstoffmangels / der Asphyxie als Ursache für das Absetzen von Mekonium herbeizuführen. In diesem Zusammenhang habe das Landgericht unabhängig davon, dass Anzeichen für eine akute Plazentainsuffizienz nicht vorgelegen hätten, prozessordnungswidrig eigene Sachkunde in Anspruch genommen, wenn es aus dem vom Sachverständigen Prof. Dr. A. allgemein geschilderten Fruchtwasserhaushalt geschlossen habe, eine akute Plazentainsuffizienz hätte vorliegend Einfluss auf die Menge des Fruchtwassers haben können. Unberücksichtigt gelassen habe das Landgericht auch, dass bei der Klägerin nach der Geburt ein hoch pathologischer pH-Wert von 6,58 und ein ebenfalls hoch pathologischer BE von – 21 gemessen worden sei. Diese Werte seien mit dem Leben nur kurze Zeit vereinbar. Daraus folge, dass der Stress für den Fetus mit Mekoniumabgang zeitnah zur Geburt – circa eine Stunde vor der Geburt – eingetreten sei, als Folge einer weheninduzierten Nabelschnurkompression. Dieser Zeitraum habe nicht ausgereicht, dass das Fruchtwasser so stark abnehme, dass es dadurch von einer normalen Fruchtwassermenge, erst recht mit einem AFI von 12, zu einer pathologisch verringerten Fruchtwassermenge komme. Schließlich habe das Landgericht den in diesem Zusammenhang gemachten Vortrag einer weheninduzierten Nabelschnurkompression bei pathologisch verminderter Fruchtwassermenge entscheidungserheblich übergangen, weil eine weheninduzierte Nabelschnurkompression ein Oligohydramnion und damit eine pathologisch verminderte Fruchtwassermenge voraussetze. Eine korrekte Messung der Fruchtwassermenge und Feststellung des Oligohydramnions bereits bei der nächtlichen ersten Untersuchung hätten eine Sicherungsaufklärung notwendig gemacht. Zudem wäre bei korrekter Messung ohnehin zwingend eine stationäre Aufnahme der Mutter zur engmaschigen Überwachung und zeitnahen Geburtseinleitung bzw. Sectio geboten gewesen. Schließlich hält die Klägerin daran fest, dass selbst bei (unterstellt) unauffälligen Untersuchungsbefunden am Morgen des 13.07.2008 über die Risiken, die mit einer vorübergehenden Entlassung nach Hause verbunden gewesen seien, hätte konkret aufgeklärt werden müssen. Die Mutter der Klägerin wäre dann in der Klinik geblieben und pathologische Entwicklungen hätten aufgrund der dann stattgefundenen Kontrolluntersuchungen so rechtzeitig festgestellt werden können, dass durch eine anschließende zeitnahe Sectio die Schädigung der Klägerin unterblieben wäre.

16

Die Klägerin hat im Berufungsverfahren beantragt,

17

I. Das Endurteil des Landgerichts Nürnberg-Fürth vom 20.05.2021, Az. 4 O 8695/15, wird abgeändert.

18

II. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klage.

19

III. Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin den durch die fehlerhafte und rechtswidrige geburtshilfliche Behandlung am 13.07.2008 bereits entstandenen sowie zukünftig noch entstehenden materiellen und zukünftig noch entstehenden immateriellen Schaden zu ersetzen, soweit der

Anspruch nicht bereits von Gesetzes wegen auf Sozialversicherungsträger und/oder sonstige Dritte übergegangen ist oder noch übergehen wird.

20

IV. Die Beklagte wird weiter verurteilt, an die Klägerin vorgerichtliche Anwaltsgebühren in Höhe von € 10.724,28 zu zahlen zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Klagezustellung zu.

21

Die Beklagte hat im Berufungsverfahren beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

22

Sie verteidigt das landgerichtliche Urteil. Die Notwendigkeit einer Bilddokumentation der sonografischen Messung des Fruchtwassers sei von den Sachverständigen nicht bejaht worden. Was die Messung selbst angehe, sei auf die protokollierte Aussage der Zeugin Dr. M. vom 16.11.2017 zurückzugreifen: Die Zeugin habe den Ablauf der Fruchtwassermessung beschrieben und ausgeschlossen, dass eine (pathologische) Fruchtwassermenge mit einem AFI von unter 5 vorgelegen haben könne. Hierbei habe sie auf ihre Erfahrung im Rahmen zum damaligen Zeitpunkt siebeneinhalbjähriger gynäkologischer Tätigkeit auf der Station und mit Pränataldiagnostik verwiesen, zudem seien Fruchtwassermessungen leicht. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme habe es vorgeburtlich eine akute Mangelentwicklung innerhalb kürzester Zeit geben, wofür es am Morgen keine Anzeichen gegeben habe. Retrospektiv sei nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. A. eine stationäre Aufnahme der Mutter der Klägerin anhand der erhobenen, unauffälligen Befunde nicht geboten gewesen. Im Übrigen gehe es nicht darum, die Ursache für die Notlage der Klägerin vor Geburt zu klären, sondern darum, ob den Mitarbeitern der Beklagten Behandlungsfehler vorzuwerfen seien, was nach Beweisaufnahme nicht der Fall sei. Das Urteil sei daher zutreffend.

23

Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens in der Berufungsinstanz wird auf die im Berufungsrechtszug gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

24

Der Senat hat Beweis erhoben durch Anhörung der Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T. und Prof. Dr. A.. Insoweit wird für Einzelheiten auf die Niederschrift der Sitzung vom 12.09.2021 (Bl. 543 ff. d.A.) verwiesen.

B.

25

Die zulässige Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.

26

I. Die Berufung ist zulässig, insbesondere fristgerecht eingelegt und begründet worden. Mit der Rüge, das Landgericht habe den Sachverhalt unzureichend aufgeklärt, die Beweise rechtsfehlerhaft gewürdigt und die Beweismaßanforderungen verkannt, hat die Klägerin das Ersturteil auch in hinreichender Weise angegriffen.

27

II. In der Sache hat das Rechtsmittel keinen Erfolg. Nach weiterer Sachaufklärung durch den Senat erweist sich die umfangreich begründete erstinstanzliche Entscheidung als zutreffend.

28

1) Die Klägerin greift mit der Berufung die Feststellungen des Landgerichts, aus den am Morgen des 13.07.2008 erhobenen Befunden ergebe sich (die Werte als zutreffend unterstellt) ein vollständiges und unauffälliges Befundbild, das kein für die Klägerin relevantes Risiko habe erkennen lassen, insbesondere gelte dies für den RI der Nabelschnurarterie von 0,61, welcher nach den Feststellungen der gerichtlich bestellten Sachverständigen übereinstimmend nicht dem pathologischen Bereich zuzuordnen sei, nicht an. Mit der Berufung wird unter Bezugnahme auf eine ergänzende Stellungnahme des von der Klägerin als Sachverständiger zugezogenen Prof. Dr. H., Gynäkologe, lediglich vorgebracht, der RI sei „zumindest grenzwertig“ (Berufungsbegründung S. 29).

29

Auch gegen die Feststellung des Landgerichts, die am 01.07.2008 von der behandelnden Frauenärztin festgestellte „verminderte“, aber nicht interventionsbedürftige Fruchtwassermenge stelle die am 13.07.2008 erhobenen, normwertigen Befunde nicht in Frage, wendet sich die Klägerin nicht.

30

Schließlich hält die Klägerin den noch in erster Instanz erhobenen Vorwurf, die Mutter der Klägerin sei fehlerhaft nicht über die Risiken einer, wohl chronischen, Plazentainsuffizienz aufgeklärt worden, nicht mehr aufrecht.

31

2) Soweit die Klägerin mit Schriftsatz vom 17.10.2022 nach Schluss der mündlichen Verhandlung der Berufungsinstanz erstmals vorgetragen hat, es stehe nicht fest, dass der dokumentierte RI der Nabelschnurarterie zutreffend sei, weil bei fehlender Dokumentation des Ultraschallbildes eine Überprüfung der Messung nicht möglich sei, handelt es sich um neuen Vortrag, welcher nach Schluss der mündlichen Verhandlung erfolgt und deshalb nach §§ 296a S.1, 525 ZPO ausgeschlossen ist. Eine Schriftsatzfrist nach § 283 ZPO ist der Klägerin nicht gewährt worden. Soweit der Klägerin eine Frist nach §§ 279 Abs. 3, 285 Abs. 1 ZPO nachgelassen worden ist, um zu dem Ergebnis der Beweisaufnahme Stellung zu nehmen, berechnete dies die Klägerin lediglich dazu, das Beweisergebnis zu würdigen (vgl. Zöller-Greger, ZPO, 34. Aufl. 2022, § 296a Rn 4 u. § 285 Rn 2). Der Vortrag neuer Tatsachen war der Klägerin nicht nachgelassen, jedenfalls insoweit nicht, als die Beweisaufnahme nicht Anlass gab, diese vorzutragen, was vorliegend nicht der Fall ist und auch nicht behauptet wird.

32

Wiedereröffnungsgründe nach §§ 156, 296a S.2 ZPO liegen nicht vor. Der Sachverhalt ist insoweit mit demjenigen der von der Klägerin zitierten Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 31. Mai 1988 (Az. VI ZR 261/87 = NJW 1988, 2302) nicht vergleichbar (hierzu nachfolgend unter 5)) .

33

Zudem wäre ein solcher, jetzt erstmals streitiger Vortrag auch an § 531 Abs. 2 ZPO zu messen und auch hiernach nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe weder vorgebracht noch sonst ersichtlich sind.

34

3) Die Klägerin konnte nicht beweisen, dass die Zeugin Dr. M. behandlungsfehlerhaft ein Oligohydramnion übersehen hat (Diagnoseirrtum). Der Senat ist nicht davon überzeugt, dass ein Oligohydramnion vorlag, als die Zeugin Dr. M. die Mutter der Klägerin am 13.07.2008 gegen 03.30 Uhr untersuchte.

35

Dabei ist sich der Senat bewusst, dass das Gericht zur Überzeugungsbildung im Rahmen von § 286 ZPO keine unerfüllbaren Beweisanforderungen stellen und keine unumstößliche Gewissheit bei der Prüfung verlangen darf, ob eine Behauptung wahr und erwiesen ist. Vielmehr darf und muss sich der Richter in tatsächlich zweifelhaften Fällen mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit begnügen, der den Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen (vgl. BGH, Urteil vom 17. Februar 1970 – III ZR 139/67 –, BGHZ 53, 245, Rz. 72, juris; Zöller-Greger, ZPO, 34. Aufl. 2022, § 286 ZPO Rn 19).

36

Bei Zugrundelegung dieses Maßstabes vermag der Senat sich in der Gesamtschau keine Überzeugung von der Wahrheit der eingangs genannten Behauptung der Klägerin bilden.

37

Für den Senat ist schon das Vorliegen eines Oligohydramnions zum Zeitpunkt der Entbindung der Klägerin allein aufgrund der Konsistenz des vorgefundenen Fruchtwassers nicht zweifelsfrei gesichert. Erst Recht gilt dies für den Zeitpunkt der morgendlichen Untersuchung der Mutter der Klägerin 17 1/2 Stunden vorher (hierzu nachfolgenden unter b)).

38

Auch eine (nicht gesicherte, aber unterstellte) weheninduzierte Nabelschnurkompression als Ursache für die fetale Notlage im Laufe des 13.07.2008 erlaubt, entgegen der Behauptung der Klägerin, keinen hinreichend

sicheren Schluss auf das Vorliegen eines Oligohydramnions bei Entbindung und damit auch nicht auf das Vorliegen am Morgen des 13.07.2008 (hierzu nachfolgenden unter c)).

39

Selbst dann, wenn man wegen des „erbsbreiartigen“ Zustands des Fruchtwassers bei Entbindung ein Oligohydramnion zu diesem Zeitpunkt annehmen würde, kann daraus nicht zur Überzeugung des Senats auf eine pathologisch verringerte Fruchtwassermenge am Morgen des 13.07.2008 geschlossen werden (hierzu nachfolgenden unter d)).

40

Im Einzelnen:

41

a) Um einen Diagnoseirrtum handelt es sich, wenn der Arzt erhobene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert und deshalb nicht die gebotenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen ergreift (vgl. BGH Urteil vom 21. Dezember 2010 – VI ZR 284/09, NJW 2011, 1672 Rz. 13; MüKoBGB/Wagner, 8. Aufl. 2020, BGB § 630a Rn. 146).

42

Daran fehlt es, wenn die Zeugin Dr. M. am Morgen des 13.07.2008 zwar den AFI nicht zutreffend bestimmt hat, aber gleichwohl eine Fruchtwassermenge vorlag, die weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen nicht erforderlich machte. Da die Sachverständigen und Prof. Dr. H. darin übereinstimmen, dass erst bei Vorliegen eines Oligohydramnions weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen geboten sind, setzt ein Diagnoseirrtum der Zeugin Dr. M. voraus, dass am Morgen des 13.07.2008 objektiv ein Oligohydramnion vorlag.

43

b) Der Umstand, dass der Zustand des Fruchtwassers bei Entbindung der Klägerin – unstreitig – als „erbsbreiartig“ beschrieben ist, ist kein hinreichendes Indiz dafür, dass bereits am Morgen des 13.07.2008 ein Oligohydramnion vorlag.

44

aa) Die Sachverständigen und Prof. Dr. H. haben zu der Frage, welche Schlüsse aus dem Umstand, dass einerseits die Zeugin Dr. M. am Morgen des 13.07.2008, gegen 3:30 Uhr, nach Messung der Fruchtwassermenge einen AFI von 12 dokumentierte, andererseits am Abend desselben Tages gegen 21:00 Uhr, somit 17 1/2 Stunden später, „erbsbreiartiges“ Fruchtwasser beschrieben worden ist, zu ziehen sind, insbesondere, ob daraus abgeleitet werden könne, dass bereits am Morgen des 13.07.2008 ein Oligohydramnion vorgelegen habe, teils widersprüchliche Feststellungen getroffen.

45

Der Sachverständige Prof. Dr. A. hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 08.06.2020 und bei seiner Anhörung durch den Senat die Methoden, die Menge des Fruchtwassers zu messen, und den Stand ärztlicher Wissenschaft zu der Fruchtwassermenge eingehend dargestellt. Er hat dabei auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die genaue Menge Fruchtwasser im mütterlichen Körper zu bestimmen. Das Fruchtwasser könne ja nicht abgezogen und metrisch gemessen werden. Deshalb gebe es nur indirekte Verfahren zur Mengenabschätzung, einmal die Ermittlung des AFI über eine Messung in cm am Ultraschallbild in vier Quadranten und Addition der Werte, zum anderen die sog. „Single Deepest Pocket Methode“, bei der nur an einer Stelle das tiefste Fruchtwasserdepot in cm bestimmt werde. In der ultraschalldiagnostischen Fachliteratur werde jedoch darauf verwiesen, dass die rein subjektive Beurteilung der Fruchtwassermenge durch den behandelnden Arzt am Ultraschallbild sowohl der AFI-Bestimmung als auch der „Single Deepest Pocket“-Methode überlegen sei, weil insbesondere die AFI-Bestimmung zu falsch pathologischen Ergebnissen führe (im Sinne einer zu niedrigen Bewertung des Fruchtwasserstandes, was sich mit den Ergebnissen der von der Klägerin mit Schriftsatz vom 27.10.2022 vorgelegten Dissertation deckt). Diese Unsicherheiten vorausgesetzt, gehe man zwischen der 34. und 37. Schwangerschaftswoche (SSW) von einer Fruchtwassermenge von 800 ml – 1200 ml aus. Ab der 36. SSW nehme die Fruchtwassermenge durchschnittlich um 100 ml pro Woche ab. Zum Termin gehe die Literatur von einer Fruchtwassermenge von 500 ml – 1000 ml aus. Mit diesen Zahlen korreliere allerdings ein AFI nicht. Grob gesagt entspreche etwa 1 l Fruchtwasser einem AFI von 8 bis 14. Der Normalbereich des AFI liege in der 40. SSW zwischen AFI 7 und AFI 22. Bei allen genannten Zahlen handele es sich um Durchschnittswerte,

die indes ungeeignet seien zur Bestimmung der „normalen“ Fruchtwassermenge. Vielmehr seien wegen der individuellen Physis der Schwangeren Korridore zu betrachten. Dem entsprechen im Wesentlichen die Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T.. Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. T. hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 16.10.2016 darüber hinausgehend ausgeführt, dass ein AFI von 12 bezogen auf die 40. SSW eine „reichliche“ Fruchtwassermenge sei und grob geschätzt, so der Sachverständige in seiner Anhörung in erster Instanz am 16.11.2017 und in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen Prof. Dr. A., etwa 1 l Fruchtwasser entspreche (Protokoll vom 16.11.2017, S. 5, Bl. 179 d.A.).

46

Von einem Oligohydramnion im Sinne einer pathologisch verminderten Fruchtwassermenge spreche man – so die beiden Sachverständigen und Prof. Dr. H. übereinstimmend – bei einem AFI < 5. Bezogen auf das Volumen in Liter hat der Sachverständige Prof. Dr. A. bei seiner Anhörung durch den Senat eine Fruchtwassermenge von 400 ml als noch nicht pathologisch vermindert beurteilt. Diese Menge liege noch über der 25. Perzentile und damit im Normalbereich. Dem entspricht der von dem Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat übergebene Auszug aus dem geburtshilflichen Standardwerk „Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe“, wonach ein Oligohydramnion bei Mengen < 400 ml Fruchtwasser vorliege.

47

„Erbsbreiartiges“ Fruchtwasser am Abend des 13.07.2008 deute, so die Feststellung des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T., auf eine Eindickung des Fruchtwassers durch Eintrag von Kindspech (Mekonium) und durch Volumenverlust hin. Die Bildung „erbsbreiartigen“ Fruchtwassers sei abhängig von der Quantität des eingetragenen Stuhls im Verhältnis zur Quantität des Fruchtwassers. Eine Mindestmenge von Fruchtwasser im Verhältnis zur Menge des eingetragenen Stuhls, die vorliegen müsse, damit das Fruchtwasser eine „erbsbreiartige“ Konsistenz annehme, könne nicht sicher benannt werden. Grob geschätzt liege das Volumen von Fruchtwasser, das als „erbsbreiartig“ beschrieben werde, bei 300 ml (Protokoll vom 16.11.2017, S. 5, Bl. 179 d.A.). Es widerspreche jeder geburtshilflichen Erfahrung, dass eine Fruchtwassermenge mit einem AFI von 12 in seiner Konsistenz „erbsbreiartig“ sei (Gutachten vom 16.10.2016, S. 15, Bl. 105 d.A.). Vielmehr sei „erbsbreiartiges“ Fruchtwasser mit einer normalen und nicht reaktionspflichtigen Fruchtwassermenge schwer vereinbar (schriftliches Ergänzungsgutachten vom 03.04.2017, S. 2, Bl. 148 d.A.). Bei seiner Anhörung durch den Senat hat der Sachverständige Prof. Dr. Dr. T. zu den Begrifflichkeiten dann noch erläutert, dass „erbsbreiartig“ ein seit 100 Jahren eingeführter Begriff aus der Hebammen-Sprache sei. Er meine, ähnlich wie im allgemeinen Sprachgebrauch, eine zähe, dickflüssige, grüne Masse, welche sich durch Eintrag einer Substanz, eben des Mekoniums, in das Fruchtwasser bilde. Der Sachverständige hat vor dem diesem Hintergrund geschlussfolgert, dass eine normale Fruchtwassermenge am Morgen des 13.07.2008 nicht vorhanden gewesen sein könne, wenn es nicht im Verlauf des Tages bis 21:00 Uhr zu einem Volumenverlust, etwa durch einen Blasensprung, gekommen sei (schriftliches Ergänzungsgutachten vom 03.04.2017, S.3, Bl. 149 d.A.) und bei seiner Anhörung in erster Instanz ergänzend festgestellt, dass es zwar nicht gänzlich auszuschließen, aber nicht sehr wahrscheinlich sei, dass am Morgen des 13.07.2008 noch kein Oligohydramnion vorgelegen habe (Protokoll vom 28.06.2018, S. 2, Bl. 198 d.A. und Protokoll vom 04.03.2021, S. 2, Bl. 306 d.A.). Schon die natürliche Entwicklung einer Fruchtwassermenge von AFI 6 oder 7 zu „Erbsbrei“ im relevanten Zeitraum halte er ohne pathologische Ursachen oder ohne Blasensprung für ausgeschlossen (Protokoll vom 04.03.2021, S.4, Bl. 308 d.A.). Allerdings bestehe die Schwierigkeit, dass die Bestimmung des AFI keine exakte Messmethode sei (Protokoll vom 28.06.2018, S. 2, Bl. 198 d.A.).

48

Prof. Dr. H. hat im Wesentlichen übereinstimmende Feststellungen getroffen. Eine bei Geburt wegen der „erbsbreiartigen“ Konsistenz obligat deutlich reduzierte Fruchtwassermenge sei mit dem am Morgen gemessenen AFI von 12 nicht vereinbar. Als „erbsbreiartig“ beschriebenes Fruchtwasser gehe immer mit einem Oligohydramnion einher. Bereits bei Vorstellung der Patientin in der Nacht müsse diese pathologisch verminderte Fruchtwassermenge vorgelegen haben, weil der spätere Verlauf nicht anders erklärbar sei (sachverständige Stellungnahme vom 11.01.2017, von der Klägerin vorgelegt als Anlage K 9, S. 2 und S. 4).

49

Demgegenüber hat der Sachverständige Prof. Dr. A. in seinem schriftlichen Gutachten vom 08.06.2020 festgestellt, dass „erbsbreiartiges“ Fruchtwasser nicht stets eine deutlich verminderte Fruchtwassermenge

bedeute. Klinisch seien Fälle bekannt, in denen 300 ml bis 500 ml „erbsbreiartiges“ Fruchtwasser abgesaugt worden seien (Gutachten vom 08.06.2020, S. 7, Bl. 246 d.A.). Demnach sei auch ein am Morgen des 13.07.2008 gemessener AFI von 12 mit der Feststellung „erbsbreiartigen“ Fruchtwassers am Abend des Tages in Einklang zu bringen (Protokoll vom 25.02.2021, S. 5, Bl. 298 d.A.), wenngleich es unwahrscheinlich sei, dass der Eintrag von Mekonium bei normalen Fruchtwassermenge zu einer erbsbreiartigen Konsistenz führe, weil sich das Mekonium im Fruchtwasser wieder auflöse (Protokoll vom 25.02.2021, aaO). Der Sachverständige hat hierzu in seiner Anhörung vor dem Senat ergänzend ausgeführt, dass es zwar möglich sei, dass bei erbsbreiartigem Fruchtwasser ein Oligohydramnion vorliege, dass es aber auch vorstellbar sei, dass ein Fruchtwasser mit einem nicht pathologisch verminderten Volumen von 400 ml und höher als „erbsbreiartig“ beschrieben werde. Zudem sei die Beschreibung von Fruchtwasser als „erbsbreiartig“ in der Geburtshilfe zwar üblich, gleichwohl auch sehr vom Subjektiven beeinflusst, weshalb die aktuelle Leitlinie zur vaginalen Geburt den Begriff auch nicht mehr verwende.

50

bb) Festzuhalten ist zunächst, dass aus Rechtsgründen (vgl. oben B.II.3) a)) nicht danach zu fragen ist, ob die Zeugin Dr. M. den AFI am Morgen des 13.07.2008 zutreffend bestimmt hat, sondern danach, ob sie am Morgen des 13.07.2008 einen pathologisch verringerten Fruchtwasserstand, der eine Intervention medizinisch notwendig gemacht hätte, übersehen hat. Keine Rolle spielt also, ob die „erbsbreiartige“ Konsistenz des Fruchtwassers am Abend des 13.07.2008 mit einem AFI von 12, gemessen am Morgen des 13.07.2008, vereinbar ist und ob und unter welchen Bedingungen es vorstellbar ist, dass eine Fruchtwassermenge mit einem AFI von 12 innerhalb von 17 1/2 Stunden eine „erbsbreiartige“ Konsistenz annimmt.

51

Angesichts der Feststellungen der Sachverständigen ist weiter festzuhalten, dass wegen der unterschiedlichen Physiologie von Müttern und Feten jedenfalls für die vorliegend maßgebliche 40. SSW ein exakter Wert für eine physiologische Fruchtwassermenge nicht bestimmt werden kann und auch Durchschnittswerte zur Bestimmung einer noch physiologischen Fruchtwassermenge nicht weiterhelfen. Vielmehr erachtet es der Senat, dem Sachverständigen Dr. A. folgend, für angebracht, den Normalbereich der Fruchtwassermenge anhand einer Perzentilenkurve, die die Streuung der statistischen Verteilung der Werte abbildet, zu bestimmen.

52

Schließlich ist festzuhalten, dass zum einen eine exakte Bestimmung der Menge des Fruchtwassers durch Ultraschallmessung einzelner (zweidimensionaler) „Höhendepots“ in cm nicht möglich ist, zumal die Höhe des zweidimensional gemessenen Fruchtwasserstandes vom Verhältnis der Flüssigkeitsmenge zur räumlichen, dreidimensionalen Formgebung von Fruchtblase und Fetus abhängig ist. Zum anderen folgt aus den insoweit übereinstimmenden Ausführungen der Sachverständigen, dass der AFI nicht mit einer Menge Fruchtwasser in Liter korreliert, somit die Ultraschalluntersuchung eine exakte Bestimmung des Fruchtwasservolumens in Liter nicht erlaubt. Es kann somit zum einen nicht sicher festgestellt werden, wie groß vorliegend das Fruchtwasservolumen in Liter am Morgen des 13.07.2008 war, als die Zeugin Dr. M. die Fruchtwassermenge bestimmte. Noch kann festgestellt werden, wie groß vorliegend das Fruchtwasservolumen in Liter am Abend des 13.07.2008 war, als die Klägerin entbunden wurde, weil das Fruchtwasser weder abgezogen noch aufgefangen wurde.

53

cc) Der Senat ist davon überzeugt, dass bei Entbindung der Klägerin zwar ein, gegenüber einer bei einem 17 1/2 Stunden vorher gemessenen AFI von 12 nach dem Stand ärztlicher Wissenschaft zu erwartenden Fruchtwassermenge, verminderter Fruchtwasserstand vorlag, es aber möglich war, dass sich die beschriebene „erbsbreiartige“ Konsistenz des Fruchtwassers bei einer nicht als pathologisch zu beurteilenden Fruchtwassermenge in einer Größenordnung von 400 ml – 500 ml bildete, was für sich genommen schon einen hinreichend sicheren Schluss von der „erbsbreiartigen“ Konsistenz des Fruchtwassers auf ein Oligohydramnion bei Entbindung unmöglich macht. Damit verbietet sich auch der weitergehende Schluss von einem Oligohydramnion unmittelbar vor der Geburt auf eine pathologisch verringerte Fruchtwassermenge am Morgen des 13.07.2008.

54

Für diese Feststellung geht der Senat mit dem Sachverständigen Prof. Dr. Dr. T. zunächst davon aus, dass die Bezeichnung „erbsbreiartig“ ein in der Geburtshilfe etablierter Begriff ist, der, wenn auch die Beurteilung als „erbsbreiartig“ der Einschätzung des Behandlers unterliegt, dennoch eine hinreichende Objektivierung dahin zulässt, dass das so beschriebene Fruchtwasser eine zähe, dickflüssige, grüne Masse ist. Dieses Verständnis des Begriffs hat auch die Zeugin Dr. M. bei ihrer Einvernahme in erster Instanz bestätigt. Allerdings ist mit der Beschreibung als „erbsbreiartig“ noch nichts darüber gesagt, welches Volumen in Liter solches Fruchtwasser hat. Die Sachverständigen haben hierzu unterschiedliche Einschätzungen abgegeben. Überzeugt ist der Senat von den Feststellungen des Sachverständigen Dr. A., der seine Angabe, auch Fruchtwasser mit einem Volumen von 300 ml bis 500 ml (schriftliches Gutachten vom 08.06.2020, S. 7, Bl. 246 d.A.) bzw. 400 ml (Anhörung durch den Senat, Protokoll vom 12.09.2022, S. 5, Bl. 547 d.A.) könne eine „erbsbreiartige“ Konsistenz aufweisen, auf Messungen mittels skaliert Sauger bei Entbindungen in seiner Klinik stützen konnte (schriftliches Gutachten vom 08.06.2020, aaO). Ein Fruchtwasservolumen von 400 ml und größer liegt indes nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. A., belegt durch die von ihm bei Anhörung durch den Senat übergebene Perzentilenkurve (Anlage Protokoll vom 12.09.2022), im Normalbereich und ist somit nicht als pathologisch verringerte Fruchtwassermenge anzusprechen.

55

Damit ist für den Senat schon das Vorliegen eines Oligohydramnions zum Zeitpunkt der Entbindung der Klägerin allein aufgrund der Konsistenz des vorgefundenen Fruchtwassers nicht zweifelsfrei gesichert. Erst Recht gilt dies für den Zeitpunkt der morgendlichen Untersuchung der Mutter der Klägerin 17 1/2 Stunden zuvor.

56

Legt man den Vortrag der Klägerin im Schriftsatz vom 27.10.2022 zugrunde, dass am Termin eine pathologisch verminderte Fruchtwassermenge nach einem geburtshilflichen Standardwerk sogar erst ab Mengen < 200 ml vorliege, gilt dies umso mehr, weil dann nach dem Gesagten auch eine mit „erbsbreiartiger“ Konsistenz vereinbare Menge Fruchtwasser von 300 ml und darunter dem physiologischen Bereich zuzuordnen wären.

57

c) Auch eine weheninduzierte Nabelschnurkompression (unterstellt, sie lag vor, was allerdings nicht sicher ist, vgl. unten d) bb)(3)(d)) als Ursache für die fetale Notlage im Laufe des 13.07.2008 erlaubt, entgegen der Behauptung der Klägerin, keinen hinreichend sicheren Schluss auf das Vorliegen eines Oligohydramnions bei Entbindung und damit auch nicht auf das Vorliegen am Morgen des 13.07.2008.

58

Die Klägerin stützt ihr Vorbringen auf die Feststellung von Prof. Dr. H., eine schwere Asphyxie im Rahmen einer Nabelschnurkompression, wie sie bei der Klägerin vorgelegen habe, sei nur vorstellbar bei einem Oligohydramnion, weil dann die einzelnen Abschnitte der Nabelschnur nicht frei schwimmen und kindlichen Bewegungen oder dem Wehendruck ausweichen könnten (gutachterliche Stellungnahme vom 13.08.2021, von der Klägerin vorgelegt mit der Berufungsbegründung, S. 3 und 4).

59

Dem haben beide Sachverständige widersprochen. Auf Nachfrage des Senats haben sie übereinstimmend festgestellt, dass es zu einer Kompression der Nabelschnur nicht nur bei einem Oligohydramnion, sondern auch bei physiologischer Fruchtwassermenge schon allein durch die Kindsbewegungen kommen könne. Zwar könne ein Mangel an Fruchtwasser dazu führen, dass die Nabelschnur gegen einen nicht ausweichenden Teil der Gebärmutterwand oder des Beckens gedrückt werde oder nicht genug Raum für den Feten vorhanden sei, um eine Kompression der Nabelschnur, die er selbst verursacht habe, wieder frei zu lösen. Derartige Komplikationen seien aber nicht zwangsläufig Folge nur eines Oligohydramnions. Prof. Dr. A. hat zudem darauf verwiesen, dass ein Blasensprung typisch für die Geburt sei und ihr auch vorausgehen könne. Dies führe zwangsläufig zu einem Oligo- bis Anhydramnion, ohne dass immer eine Kompression der Nabelschnur damit einhergehe (Anhörung durch den Senat, Protokoll vom 12.09.2022, S. 13, Bl. 555 d.A.).

60

Der Senat folgt den Sachverständigen. Zwar ist nachvollziehbar, dass eine Kompression der Nabelschnur infolge von Wehentätigkeit angesichts der von Prof. Dr. H. und den Sachverständigen geschilderten

Wirkmechanismen näher liegt, wenn die Nabelschnur nicht frei schwimmen kann, das Risiko einer Kompression also dann erhöht ist. Wegen des breiten Korridors physiologischen Fruchtwasservolumens ist jedoch eine so induzierte Kompression der Nabelschnur auch bei niedrigem, aber noch physiologischem Fruchtwasserstand, gut denkbar. Auch ist es plausibel, dass eine Affektion der Nabelschnur auch in anderen Situationen vorkommt und nicht auf das Vorliegen eines Oligohydramnions beschränkt ist. Dass die Notlage des Fetus durch eine Störung des Nabelschnurblutkreislaufes verursacht wurde, ist somit zwar durchaus denkbar. Diese ist aber nicht an das Vorliegen eines Oligohydramnions gebunden. Die Annahme, ein Oligohydramnion sei Voraussetzung für eine weheninduzierte Nabelschnurkompression, ist somit nicht zwingend.

61

Damit ist für den Senat schon das Vorliegen eines Oligohydramnions zum Zeitpunkt der Entbindung der Klägerin allein aufgrund einer (unterstellten) weheninduzierten Nabelschnurkompression als Ursache für die fetale Notlage nicht zweifelsfrei gesichert. Erst Recht gilt dies für den Zeitpunkt der morgendlichen Untersuchung der Mutter der Klägerin 17 1/2 Stunden zuvor.

62

d) Schließlich ist der Senat – entgegen der Klägerin in der Berufung – von der Möglichkeit überzeugt, dass sich vorliegend eine physiologische Fruchtwassermenge am Morgen des 13.07.2008 bis zur Entbindung der Klägerin am Abend dieses Tages allein aufgrund einer pathologischen Ursache so verringert hat, dass sich bei Eintrag von Mekonium das Fruchtwasser als „erbsbreiartig“ darstellte. Daraus folgt, dass selbst dann, wenn man wegen des „erbsbreiartigen“ Zustands des Fruchtwassers bei Entbindung ein Oligohydramnion zu diesem Zeitpunkt annehmen würde, daraus nicht auf eine pathologisch verringerte Fruchtwassermenge am Morgen des 13.07.2008 geschlossen werden könnte. Auch deshalb kann sich der Senat unter Berücksichtigung der sonstigen Feststellungen nicht die Überzeugung bilden, dass auch schon zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung der Mutter am Morgen des 13.07.2008 eine pathologisch verminderte Fruchtwassermenge vorlag.

63

Dabei hat der Senat das Folgende in Betracht gezogen:

64

aa) Anzeichen für einen vorzeitigen Blasensprung liegen nicht vor, weshalb Zweifel an der Feststellung des Landgerichts, ein Fruchtwasserverlust durch einen vorzeitigen Blasensprung könne ausgeschlossen werden, nicht bestehen. Dies gilt auch, soweit das Landgericht eine relevante Verringerung der Fruchtwassermenge im Laufe des 13.07.2008 aus anderen als pathologischen Ursachen auf Grundlage der Feststellungen der Sachverständigen, die Fruchtwassergesamtmenge unterliege zum Termin im fraglichen Zeitraum physiologisch in der Regel nur geringen Schwankungen, ausgeschlossen hat.

65

bb) Entgegen des Berufungsvortrages ist eine relevante Verringerung des Fruchtwasservolumens (von physiologisch zu pathologisch) während der 17 1/2 Stunden Zeit von 3:30 Uhr bis 21:00 Uhr aufgrund einer pathologischen Ursache sowohl generell als auch im konkreten Fall möglich.

66

(1) Zu diesen Fragen haben die Sachverständigen zunächst im Wesentlichen festgestellt:

67

Der Sachverständige Prof. Dr. A. hat in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass bei regelmäßig geringen Schwankungen der Fruchtwassergesamtmenge das Fruchtwasser einem hohen Austausch (Turnover) unterliege. Am Termin werde die gesamte Flüssigkeit innerhalb von zwei Stunden erneuert, wobei der Fetus in den letzten Schwangerschaftswochen mit bis zu 500 ml/d durch Urinausscheidung und 100 ml/d Flüssigkeitsabgabe aus der Lunge beteiligt sei (schriftliches Gutachten vom 08.06.2020, S. 6, Bl. 245 d.A.). Mündlich hat der Sachverständige ergänzt, das Fruchtwasser werde alle 4 – 6 Stunden erneuert (Protokoll vom 25.02.2021, S. 5, Bl. 298 d.A.). Nach gängiger Lehrmeinung – so der Sachverständige weiter in der Anhörung durch den Senat unter Vorlage eines Auszuges aus dem Standardwerk „Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe“ (Anlage zum Protokoll vom 12.09.2022) – gehe man sogar von einer Erneuerung des Fruchtwassers innerhalb von 3 Stunden aus, wobei derartige Vorgänge schwer messbar seien. Aufgrund einer fetalen Notsituation könne es dazu kommen, dass der Fetus nicht mehr zum

Austausch beitragen könne, weshalb sich die Fruchtwassermenge vermindere, weil der Fetus bei Unterversorgung die Urinproduktion einstelle (Protokoll vom 25.02.2021, S. 4, Bl. 297 d.A.). Soweit Prof. Dr. H. zur Frage des Turnovers auf die in der S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe „Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung“ empfohlenen Intervalle zur Kontrolle der Fruchtwassermenge verwiesen habe (einmal pro Woche, fakultativ alle zwei bis drei Tage), so seien diese nicht mit Blick auf die Fruchtwassermenge an sich ausgesprochen worden, sondern mit Blick auf die Häufigkeit intrauterinären Fruchttodes. Es sei daher nicht zulässig, von den empfohlenen Kontrollintervallen rückzuschließen auf den Turnover des Fruchtwassers.

68

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. T. ist den allgemeinen Feststellungen zur Produktion und Abfuhr von Fruchtwasser beigetreten. Ergänzend hat er bei seiner Anhörung durch den Senat für die 40. SSW erläutert, dass das Fruchtwasser am Termin alleine vom Fetus produziert werde. Er scheide es mit dem Urin aus. Wenn der Fetus dehydriert sei und deshalb weniger Urin ausscheide, oder wenn er unter Stress das Hormon Vasopressin produziere und es deshalb zu einer geringeren Urinausscheidung komme, sinke das Fruchtwasservolumen. Auch die Abfuhr des Fruchtwassers erfolge allein durch den Fetus. Er schlucke es. Diese Vorgänge würden aber auch durch den körperlichen Zustand der Mutter beeinflusst. Im Übrigen hat der Sachverständige festgestellt, die in der 40. SSW vom Fetus produzierte Menge an Fruchtwasser betrage unter physiologischen Bedingungen 500 ml – 700 ml innerhalb von 24 Stunden, was etwa der Hälfte des physiologisch vorhandenen Fruchtwassers entspreche, weshalb im Durchschnitt binnen 48 Stunden das Fruchtwasser annähernd ausgetauscht werde. Es erscheine fraglich, dass unter dem von dem Sachverständigen Prof. Dr. A. unter Verweis auf die Literatur genannten „Turnover“ ein kompletter Austausch der Fruchtwassermenge verstanden werde. Denn dies würde bedeuten, dass der Fetus am Tag bis zu 4000 ml Urin produziere, was angesichts der Physiologie des Fetus schwer vorstellbar sei.

69

Prof. Dr. H. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13.08.2021 darauf hingewiesen, dass wissenschaftliche Studien von einem Austausch des (gesamten) Fruchtwassers in einem Tag ausgingen.

70

Die abschließende Frage des Senats, ob es angesichts des so beschriebenen Fruchtwasserhaushalts in der 40. SSW möglich sei, dass eine akute Plazentainsuffizienz oder eine Nabelschnurkomplikation zu einer Asphyxie führe, die einerseits den Fetus unter Stress daran hindere, Urin auszuschcheiden, ihn andererseits unter Stress dazu bringe, Mekonium auszuschcheiden, und dies dazu führe, dass in rund 17 1/2 Stunden eine physiologische Menge Fruchtwasser ohne sonstigen Volumenverlust eine „erbsbreiartige“ Konsistenz annehme, haben die Sachverständigen übereinstimmend bejaht. Prof. Dr. Dr. T. hat angegeben, dass so etwas sicher nicht täglich beobachtet werden könne, aber anhand der bekannten pathophysiologischen Vorgänge vorstellbar sei, weshalb die Frage zu bejahen sei. Das liege daran, dass für die Antwort – wie zuvor beschrieben – zahlreiche unbestimmte Parameter, die in einer ungewissen Relation zueinander stünden, maßgeblich seien. Der Sachverständige Prof. Dr. A. hat sich dem angeschlossen. Die Asphyxie könne auch längere Zeit andauern. Während dieser Zeit könne es zu einer Reduzierung des Fruchtwassers wegen der eingeschränkten Urinproduktion des Fetus kommen und erst dann setze der Fetus Mekonium ab. Nicht jedes Kind, das unter einer Asphyxie leide, setze Mekonium ab und nicht jedes Kind, das dies tue, leide unter Sauerstoffmangel.

71

(2) Für den Senat ergibt sich hieraus, dass der Fetus am Termin allein das Fruchtwasser bildet und dabei innerhalb von 24 Stunden jedenfalls 500 ml Urin produziert, das er ausscheidet und damit zum Fruchtwasservolumen beiträgt. Die Produktion von Urin kann aufgrund einer Notlage des Fetus gestört sein, mit der Folge, dass der Fetus keinen Beitrag zum Fruchtwasservolumen durch Urinausscheidung leisten kann. Es ist somit möglich, dass der Fetus unter Stress während 17 1/2 Stunden bis zu 350 ml weniger Fruchtwasser produziert und in Folge eine physiologische Menge Fruchtwasser (zum Termin 400 ml – 1000 ml) so weit abnimmt, dass sie nach Eintrag von Mekonium als „erbsbreiartig“ zu beschreiben ist (jedenfalls bis zu 400 ml).

72

(3) Dieses Geschehen war auch im vorliegenden Fall möglich.

73

Die Klägerin stützt ihren gegenteiligen Vortrag darauf, dass bei ihr nach Entbindung ein hoch pathologischer pH-Wert von 6,58 und ein ebenfalls hoch pathologischer BE von – 21 gemessen wurden. Diese Werte seien mit dem Leben nur kurze Zeit vereinbar. Daraus folge, dass der Stress für den Fetus mit Mekoniumabgang zeitnah zur Geburt – circa eine Stunde vor der Geburt – eingetreten sei. Diese eine Stunde vor Geburt habe indes nicht ausgereicht, dass das Fruchtwasser so stark abnehme, dass es dadurch von einer normalen Fruchtwassermenge, erst recht einer mit einem AFI von 12, zu einer pathologischen Fruchtwassermenge komme. Ursache für die Notlage des Fetus sei eine Nabelschnurkompression gewesen, die für sich genommen wiederum Indiz eines Oligohydramnions sei. Für sie spräche, dass Anzeichen einer akuten Plazentainsuffizienz nicht vorgelegen hätten. Für einen Mekoniumeintrag kurz vor der Geburt spräche, dass die Haut der Klägerin nicht mekoniumgetränkt gewesen sei und auch die Plazenta keine Spuren längeren Mekoniumeintrags aufgewiesen habe.

74

Die von der Klägerin aus den nach Entbindung unstreitig gemessenen Blutgaswerten gezogenen Schlüsse gründen jedoch auf Annahmen, die so unsicher sind, dass der Senat der Klägerin nicht folgt. Weder zur Ursache der fetalen Notlage (als Voraussetzung für einen eingeschränkten Beitrag des Fetus zum Fruchtwasser und das Ausscheiden von Mekonium durch den Fetus), noch zu ihrer Dauer lassen sich sichere Feststellungen treffen. Es ist möglich, dass die Notlage unmittelbar vor Entbindung der Klägerin so akut war, dass sie von der Klägerin nur wenige Minuten überlebt werden konnte. Dass der Zustand der Klägerin bis zu diesem Punkt hin unbeeinträchtigt war (als Voraussetzung dafür, dass der Fetus uneingeschränkt zum Fruchtwasser beigetragen hat und kein Mekonium abgesetzt hat), kann aber nicht festgestellt werden. Es ist vielmehr auch möglich, dass die Notlage weniger schwer und/oder rezidivierend längere Zeit vor der Entbindung bestanden hat. Ebenso ist die Ursache der fetalen Notlage unbekannt.

Im Einzelnen:

75

(i) Festzuhalten ist, dass zu dem Zustand der Klägerin am 13.07.2008 nur bekannt ist, dass Anzeichen für eine sich anbahnende oder vorliegende Notlage am Morgen bis rund 4:00 Uhr nicht vorlagen, dass sich am Abend dieses Tages gegen 20:50 dann fetale Bradykardien zeigten und die Klägerin um 21:01 Uhr mit hochpathologischen Blutgaswerten und reduzierten Apgarzahlen entbunden wurde. Nicht bekannt ist, in welchem Zustand die Klägerin von 4:00 Uhr bis 20:50 Uhr war und was Ursache der Bradykardie war.

76

(ii) Die Sachverständigen und Prof. Dr. H. stimmen darin überein, dass bei der Klägerin nach Entbindung hoch pathologische Blutgaswerte gemessen wurden, die auf eine akute Notlage hindeuten, die die Klägerin nur kurze Zeit überleben konnte. Allerdings ziehen die Sachverständigen unterschiedliche Schlüsse hieraus im Hinblick auf die maßgebliche Frage, ob schon vorher, im Laufe der 17 1/2 Stunden zwischen Untersuchung der Mutter und Entbindung der Klägerin, eine Notlage des Fetus eingetreten sein kann, die zu der oben beschriebenen Störung des Fruchtwasserhaushaltes geführt hat.

77

Nach Prof. Dr. Dr. T. könne der nach Entbindung festgestellte Zustand der Klägerin als Endpunkt einer chronischen Mangelsituation kaum überlebt werden, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dafür spreche, dass sich der Mangel in relativ kurzer Zeit (in Minuten) entwickelt habe und ein Akutereignis zum kompletten Zusammenbruch der Sauerstoffversorgung in relativ kurzer Zeit geführt habe (Protokoll vom 28.06.2018, S.3, Bl. 199 d.A.; Anhörung durch den Senat, Protokoll vom 19.10.2022, S.10, Bl. 552). Allerdings könne mit Sicherheit nur gesagt werden, dass die Klägerin am Abend des 13.07.2008 in ihrer Urinproduktion deutlich eingeschränkt gewesen sei. Zur Zeit davor könne man keine Feststellungen treffen, ebenso wenig zu dem Umfang, in dem die Urinproduktion des Fetus unter Stress unter bestimmten Zuständen quantitativ eingeschränkt gewesen sei (aaO, S. 12, Bl. 554 d.A.). Dementsprechend hat Prof. Dr. Dr. T. nicht ausschließen können, dass die Klägerin bereits in den Stunden vor der Geburt eine weniger schwere und/oder rezidivierende Unterversorgung erlitten hat (aaO, S.11, Bl. 553 d.A.).

78

Prof. Dr. H. schließt aus den Befunden, dass es sich bei der Notlage um eine „ganz akute“ Asphyxie gehandelt haben müsse. Allerdings stützen genau besehen seine Feststellungen die Behauptung der Klägerin, die Notlage sei erst rund eine Stunde vor Entbindung eingetreten, nicht. Denn Prof. Dr. H. schließt lediglich eine Tage oder Wochen zurückliegende intrauterinäre Asphyxie aus, stellt aber nicht fest, dass die

Notlage unmittelbar vor der Geburt eingetreten ist. Vielmehr nimmt er an, dass die Notlage „gerade in dem Zeitraum eingetreten ist, in welchem die Patientin nach der initialen Klinikvorstellung wieder zu Hause war“ (sachverständige Stellungnahme vom 11.01.2017, von der Klägerin vorgelegt als Anlage K 9, S. 7), also in der Zeit von 4:00 Uhr bis 20:50 Uhr.

79

Prof. Dr. A. hat ausgeführt, Antworten zum zeitlichen Ablauf seien nur schwer zu geben. Zwar werde der Zustand des Kindes umso schlechter, je länger die Sauerstoffunterversorgung andauere. Es könne aber nicht ausgeschlossen werden, dass sich der Zustand des Kindes während einer Notlage wieder stabilisiere, um sich dann neuerlich wieder zu verschlechtern. Es könne, müsse aber nicht, eine kontinuierliche Verschlechterung des Zustandes vorgelegen haben. Beispielsweise könne es sein, dass die Nabelschnur zunächst abgedrückt und dann durch Kindsbewegungen wieder freigegeben werde. Solche Vorgänge seien auch ohne Affektion der Nabelschnur zu beobachten, etwa wenn das Kind im Geburtskanal nach unten wandere (Anhörung durch den Senat, Protokoll vom 19.10.2022, S. 9f, Bl. 551f).

80

Auch die – von der Klägerin nicht in Zweifel gezogenen – Feststellungen der Sachverständigen Prof. Dr. K.-M. stützen die Annahme der Klägerin, die Notlage habe erst rund eine Stunde vor der Entbindung eingesetzt, nicht. Nach den Feststellungen der Sachverständigen liege bei der Klägerin eine schwere hypoxischischämische Enzephalopathie vor, die durch den perinatalen Zustand der Klägerin verursacht worden sei, wobei es zwar sehr unwahrscheinlich sei, dass die Schädigung des Gehirns deutlich vor der Geburt entstanden sei, sich aus Sicht der Neuropädiatrie dies allerdings nicht in Stunden oder Tagen quantifizieren lasse (schriftliches Gutachten vom 29.05.2020, S. 7, Bl. 235 d.A.).

81

Danach besteht – entgegen der Annahme der Klägerin – die Möglichkeit, dass ihre Notlage, möglicherweise rezidivierend, länger als nur rund eine Stunde angedauert hat und zur Entbindung hin akut wurde, so dass die nach Entbindung gemessenen Blutgaswerte resultierten. Dies bedeutet, dass der Schluss der Klägerin, die Notlage habe nicht lange genug gedauert, dass nach den oben beschriebenen Wirkmechanismen eine noch physiologische Menge Fruchtwasser zum einen in ihrem Volumen soweit reduziert wird, dass ein Oligohydramnion eintritt und zum anderen so mit Mekonium versetzt wird, dass sie eine „erbsbreiartige“ Konsistenz annimmt, nicht gezogen werden kann.

82

Soweit die Klägerin nunmehr zum Ergebnis der Beweisaufnahme vorbringt (Schriftsatz vom 17.10.2022, S. 10), unterstellt relevante Fruchtwasserverminderungen hätten in sauerstoffmangelfreien Intervallen wieder aufgefüllt werden können, ändert dies an der Überzeugung des Senats deshalb nichts, weil die Frage, wann der Zustand der Klägerin sich wie stark bis zur Sectio hin entwickelt hat und ob gegebenenfalls rezidivierende oder schwächere Beeinträchtigungen sich wie stark auf die Fruchtwasserproduktion ausgewirkt haben, nach dem Gesagten nicht näher feststellbar ist. Erholungen des Fetus und der Produktion erscheinen möglich, führen aber nicht zur Überzeugung des Senats von dem von der Klägerin behaupteten Ablauf.

83

(iii) Auch von der weiteren Annahme der Klägerin, eine weheninduzierte Nabelschnurkompression, eingetreten allenfalls eine Stunde vor Entbindung, habe die Notlage verursacht, kann sich der Senat nicht überzeugen.

84

Die Sachverständigen sind uneins, was die Ursache der Notlage angeht. Der Sachverständige Dr. Dr. T. hat zunächst festgestellt, die deutlich hypotrophe Plazenta deute auf eine Plazentainsuffizienz hin (zweite schriftliche Stellungnahme vom 03.04.2017), diese Feststellung in den Anhörungen in erster Instanz dann aber relativiert. Der Zustand der Plazenta weise zwar auf eine gegenüber der mittleren Norm verminderte, allerdings noch ausreichende Plazentafunktion hin (Anhörung vom 16.11.2017, Protokoll S. 6, Bl. 180 d.A.). Hinweise auf eine chronische Plazentainsuffizienz hätten am Morgen des 13.07.2008 nicht vorgelegen (Anhörung vom 16.11.2017, Protokoll S. 7, Bl. 180 d.A. sowie Anhörung vom 04.03.2021, Protokoll S. 2, Bl. 306 d.A.). Hinweise auf eine akute Plazentainsuffizienz oder Ablösung der Plazenta oder ein Plazentainfarkt hätten in der feingeweblichen Untersuchung gefunden werden müssen, was aber nicht der Fall gewesen sei (Anhörung vom 04.03.2021, Protokoll S. 3, Bl. 307 d.A.). Für naheliegend hat der Sachverständige

demgegenüber eine Nabelschnurkomplikation, die den Fetus von der Sauerstoffversorgung abgeschnitten habe, gehalten (Anhörung durch den Senat am 12.09.2022, S. 10, Bl. 552 d.A.), ohne indes sichere Feststellungen dazu treffen zu können, wann diese Komplikation eingetreten ist (aaO, S. 11, Bl. 553 d.A.).

85

Auch Prof. Dr. H. hat im Laufe des Verfahrens unterschiedliche Feststellungen dazu getroffen, was Ursache der fetalen Notlage war. In der sachverständigen Stellungnahme vom 11.01.2017 hat er festgestellt, die nachlassende Fruchtwassermenge, der RI der Nabelschnurarterie, der Zustand der Plazenta und das Geburtsgewicht der Klägerin (im Bereich der 10. Perzentile) wiesen auf eine plazentare Insuffizienz hin (Stellungnahme vom 11.01.2017, S. 4f, vorgelegt von der Klägerin als Anlage K 9). In seiner zweiten sachverständigen Stellungnahme schließt Prof. Dr. H. eine chronische oder akute Plazentainsuffizienz aus und hält eine Nabelschnurkompression bei verminderter Fruchtwassermenge als Ursache der Notlage für überwiegend wahrscheinlich, wobei er nunmehr die Plazenta und das Gewicht der Klägerin als noch innerhalb der Norm beurteilt (Stellungnahme vom 13.08.2021, S. 2 und S. 11, vorgelegt von der Klägerin mit der Berufungsbegründung) und auch den RI der Nabelschnurarterie nur noch als „grenzwertig“ beschreibt (Stellungnahme vom 13.08.2021, S. 8, vorgelegt von der Klägerin mit der Berufungsbegründung).

86

Der Sachverständige Prof. Dr. A. vermochte die Ursache der kindlichen Notlage nicht definitiv festzustellen (schriftliches Gutachten vom 08.06.2020, S. 9, Bl. 248 d.A.). Befunde in den Stunden vor der Entbindung seien nicht dokumentiert. Insoweit könne nur spekuliert werden. Hinweise auf eine chronische Plazentainsuffizienz hätten sich nicht finden lassen (aaO und Anhörung vom 25.02.2021, Protokoll S. 3, Bl. 296 d.A.). Retrospektiv sei eine akute Plazentainsuffizienz am wahrscheinlichsten (schriftliches Gutachten vom 08.06.2020, S. 9 f., Bl. 248 f. d.A.), die bei kontinuierlicher Abnahme der Plazentafunktion auch Stunden vor der Entbindung vorgelegen haben könne, wodurch die Reserven der Plazenta aufgebraucht worden seien und es unter Wehentätigkeit zu einer Destabilisierung der Versorgung des Fetus gekommen sei (aaO, S. 4 und S. 10, Bl. 297 und Bl. 249 d.A.). Es schließe der bei Geburt gemessene pH-Wert des Nabelschnurblutes eine schon Stunden vorher vorliegende Insuffizienz nicht aus, da man nur den Endpunkt der Entwicklung kenne und die Funktion der Plazenta auch kontinuierlich habe abnehmen können (a.a.O. S.4). Dabei umfasse der Begriff der akuten Plazentainsuffizienz, wie der Sachverständige in seiner Anhörung erster Instanz und in seiner Anhörung durch den Senat, hier unter Übergabe einer Grafik „Physiologie und Pathophysiologie der Plazentafunktion“ (Anlage zum Protokoll vom 12.09.2022), erläutert hat, eine Reihe von Funktionsstörungen wie die, auch partiell mögliche, Ablösung der Plazenta oder einen Plazentainfarkt (Anhörung vom 25.02.2021, Protokoll S. 2 f., Bl. 295f d.A. und Anhörung durch den Senat am 12.09.2022, S. 11, Bl. 553). Von diesen Komplikationen sei die partielle Plazentaablösung in Einklang zu bringen mit den nach Entbindung bei der Mutter der Klägerin gemessenen Hämoglobinwerten (Anhörung durch den Senat am 12.09.2022, S. 11, Bl. 553). Allerdings sei als Ursache auch ein Abknicken der Nabelschnur denkbar (Anhörung vom 25.02.2021, Protokoll S. 2, Bl. 295 d.A.).

87

Einen direkten Befund zu einer Nabelschnurkompression gibt es demnach nicht. Die pathologischen Blutgaswerte zwingen nicht zur Annahme der von der Klägerin behaupteten Nabelschnurkompression kurz vor Entbindung. Die Asphyxie, auf die sie hinweisen, kann auch in einer anderen akuten Störung der Sauerstoffversorgung des Fetus ihre Ursache haben, beispielsweise in einer teilweisen Plazentaablösung, wobei diese Komplikation einerseits mit den nach Entbindung bei der Mutter der Klägerin gemessenen Hämoglobinwerten in Einklang zu bringen ist, andererseits voraussetzen würde, dass bei Entbindung der Blutverlust der Mutter fehlerhaft erfasst worden wäre und auch das Geburtsprotokoll jedenfalls ungenau wäre, soweit dort eine manuelle Plazentaablösung beschrieben ist. Für den Senat ist danach die Ursache der fetalen Notlage ungeklärt.

88

(iii) Schließlich ist auch der Schluss der Klägerin von ihrem Zustand und dem Zustand der Plazenta darauf, dass das Mekonium erst rund eine Stunde vor Entbindung ausgeschieden worden sei (woraus die Klägerin im Kern schließen will, die fetale Notlage sei erst zu diesem Zeitpunkt eingetreten und dass die in dieser kurzen Zeit abgesetzte Menge Mekonium nicht habe ausreichen können, dass eine physiologische Fruchtwassermenge eine „erbsbreiartige“ Konsistenz annehme), nicht hinreichend sicher.

89

Die Sachverständigen haben nicht feststellen können, dass das Mekonium, das sich im Fruchtwasser befand, erst rund eine Stunde vor Geburt eingetragen worden ist. Die erbsbreiartige Konsistenz des Fruchtwassers könne – so der Sachverständige Prof. Dr. Dr. T. zunächst in seiner zweiten schriftlichen Stellungnahme vom 03.04.2017 – über einen längeren Zeitraum, aber auch innerhalb eines rasch ablaufenden Prozesses entstanden sein. Diese Feststellung hat der Sachverständige dann in seiner Anhörung in erster Instanz präzisiert. Da im histologischen Befund der Plazenta keine Kontaminierung mit Mekonium habe festgestellt werden können und auch die Haut der Klägerin nicht mekoniumgetränkt gewesen sei, sei nicht von einem lang andauernden Kontakt des Fetus mit stark mekoniumhaltigem Fruchtwasser auszugehen. Vielmehr spreche dies für einen kurzfristigen Mekoniumabgang (Protokoll vom 16.11.2017 S. 5, Bl. 179 d.A.). In der Anhörung durch den Senat hat der Sachverständige dann ausgeführt, nach seiner klinischen Erfahrung sei signifikanter Mekoniumeintrag auf den Oberflächen nach rund einem Tag feststellbar. Nach seiner klinischen Erfahrung könne der Eintrag von Mekonium nicht länger als einige Stunden zurückliegen, wenn sich keine Inbibierung zeige (Protokoll vom 12.09.2022, S. 6, Bl. 548 d.A.). Dem hat der Sachverständige Prof. Dr. A. zugestimmt und ergänzend erläutert, dass die Inbibierung der Eihäute und der Haut des Säuglings eine Mekonium-Phagozytose voraussetze, die sich nach einigen Stunden in der Plazenta darstelle (aaO). Dies steht nicht im Widerspruch zu den Feststellungen von Prof. Dr. H.. Er hat in dem Umstand, dass Plazenta und Eihäute vorliegend keine Grünfärbung aufgewiesen haben, einen Hinweis darauf gesehen, dass der Mekoniumabgang bei Entbindung „noch nicht sehr lange“ habe zurückliegen können (Stellungnahme vom 11.07.2017, S. 7, vorgelegt von der Klägerin als Anlage K 9) und unter Bezugnahme auf Literatur festgestellt, dass im Falle „erbsbreiartigen“ Fruchtwassers das Mekonium „eben erst oder vor einigen Stunden“ abgegangen sein könne (Stellungnahme vom 13.08.2021, S. 8, vorgelegt von der Klägerin mit der Berufungsbegründung).

90

Keiner der Sachverständigen hat somit die Behauptung der Klägerin, das Mekonium sei erst kurze Zeit, allenfalls eine Stunde, vor Entbindung in das Fruchtwasser eingetragen worden, bestätigt. Übereinstimmend gehen sie davon aus, dass vorliegend der Mekoniumeintrag zwar nicht lange vor Entbindung aber jedenfalls bis zu einigen Stunden vorher erfolgt sein kann.

91

e) Die Erholung eines weiteren neonatologisch-neuropädiatrischen Gutachtens war nicht erforderlich. Erstinstanzlich erholte sachverständige Feststellungen zur neuropädiatrischen Situation der Klägerin und zum Zusammenhang zwischen der perinatalen Situation und dem nachgeburtlichen Zustand der Klägerin liegen vor (schriftliches Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. K.-M. vom 29.05.2020, Bl. 229 ff d.A.). Danach wurde die Gehirnschädigung der Klägerin im Rahmen des perinatalen Zustandes verursacht, wobei es sehr unwahrscheinlich sei, dass diese deutlich vor der Geburt entstanden sei. Wann die Schädigung in Stunden und Tagen vor der Geburt abgelaufen sei, könne nicht quantifiziert werden. Alle weiteren neonatalen Umstände, insbesondere zur unmittelbaren körperlichen Situation nach Sectio, sind zwischen den Parteien unstreitig. Das vorgeburtliche Geschehen, das zwischen den Parteien im Streit ist, ist fachlich der Geburtshilfe zuzuordnen, weshalb insbesondere die Frage der Ursache, der Dauer und des Ausmaßes der Notlage des Fetus und deren mögliche Auswirkung auf die Fruchtwasserproduktion von den Sachverständigen im Gebiet der Geburtshilfe zu beurteilen waren.

92

f) Beweiserleichterungen kommen der Klägerin nicht zu Gute. Dass die Zeugin Dr. M. die von ihr zur Bestimmung des AFI aufgenommen Ultraschallbilder nicht dokumentiert hat, verhilft der Berufung daher nicht zum Erfolg. Entgegen der Ansicht der Klägerin kann vom Vorliegen einer pathologisch verminderten Fruchtwassermenge im Sinne eines Oligohydramnions nicht bereits wegen eines Dokumentationsmangels ausgegangen werden. Zudem hätte die Klägerin, selbst wenn man einen Dokumentationsmangel annehmen würde, den ihr günstigen Befund (Oligohydramnion) noch nicht bewiesen.

93

Grundsätzlich ist es Sache des klagenden Patienten, einen von ihm behaupteten Behandlungsfehler des Arztes nachzuweisen. Allerdings kommen nach der Rechtsprechung Beweiserleichterungen in Betracht. Dies gilt etwa für den Fall, dass die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist. Das Fehlen der Dokumentation einer aus medizinischer Sicht aufzeichnungspflichtigen Maßnahme begründet dabei aber zunächst lediglich die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist (vgl. nunmehr § 630 h Abs. 3 BGB; BGH, Urteil vom 22. Oktober 2019 – VI ZR 71/17 – Rz. 8 f. m.w.Nw., juris; Geiß/Greiner,

Arzthaftpflichtrecht, 8. Auflage 2022, B. Rn. 247). Die unterlassene oder lückenhafte Dokumentation bildet aber keine eigenständige Anspruchsgrundlage (Geiß/Greiner, a.a.O.) und stellt auch keinen Behandlungsfehler dar (MüKoBGB/Wagner, 8. Aufl. 2020, BGB § 630h Rn. 65).

94

aa) Die fehlende Bilddokumentation der – unstrittig erfolgten – sonographischen Messung der Fruchtwassermenge stellt vorliegend keinen Dokumentationsmangel dar.

95

Ziel und Zweck der Dokumentation sind nicht die forensische Beweissicherung, sondern die Gewährleistung sachgerechter medizinischer Behandlung durch den Erstarzt und die weiterbehandelnden Ärzte (vgl. nunmehr § 630 f Abs. 2 BGB; Geis/Greiner, a.a.O. Rn. 202). Aufzeichnungspflichtig sind die aus medizinischer Sicht für die ärztliche Diagnose und Therapie wesentlichen medizinischen Fakten in einer für den Fachmann hinreichend klaren Form, mit der Maßgabe, dass die Dokumentationspflicht rechtlich nicht weiter reicht als das medizinische Erfordernis. Eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, ist aus Rechtsgründen nicht geboten (Geis/Greiner, a.a.O.). Befunde sind nicht zusätzlich durch dauerhafte Bilder zu dokumentieren, wenn die Befunderhebung und die Befundauswertung festgehalten werden (Geis/Greiner, a.a.O. Rn. 205).

96

Ausgehend von diesem Zweck war es vorliegend ausreichend, das Ergebnis der unstrittig erfolgten Messung festzuhalten. Eine Aufzeichnung der bildgebenden Befunde selbst war medizinisch nicht geboten.

97

Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. T. hat in seiner erstinstanzlichen Anhörung am 16.11.2017 hierzu angegeben, dass dies aus ärztlicher Sicht nicht erforderlich gewesen sei (Protokoll 16.11.2017, S.5, Bl. 179 d.A.). Der Sachverständige Prof. Dr. A. hat dies bei seiner Anhörung in erster Instanz bestätigt und weiter erläutert, dass es medizinisch schon nicht geboten gewesen sei, den AFI zu messen, weil auch eine subjektive Schätzung ausreichend gewesen sei (Protokoll 25.02.2021, S.5, Bl. 298 d.A.). Deshalb gebe es auch keine Dokumentationspflicht für das AFI-Messergebnis. In der Anhörung durch den Senat hat Prof. Dr. A. hierzu – ergänzend zu seinen Ausführungen in dem schriftlichen Gutachten vom 08.06.2020 – weiter erläutert, dass eine exakte Messung des Fruchtwassers gar nicht möglich sei, sondern nur indirekte Verfahren zur Mengenabschätzung angewandt würden (AFI-Messung, „Single Deepest Pocket Methode“). In der ultraschalldiagnostischen Fachliteratur werde jedoch darauf verwiesen, dass die rein subjektive Beurteilung der Fruchtwassermenge durch den behandelnden Arzt diesen Abschätzmethoden überlegen sei. Auch der Sachverständige Prof. Dr. Dr. T. hat angegeben, dass die Bestimmung des AFI keine exakte Messmethode sei, was die Dokumentation schwierig mache (Protokoll 28.06.2018, S. 2, Bl. 198 d.A.). Hinzu kommt, dass es nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. A. eine breite Normvarianz bei der nicht pathologischen Fruchtwassermenge in der 40. SSW gebe (Gutachten 08.06.2020, S. 6, Bl. 245 d.A.: zwischen 7 und 22 cm, was dem jeweiligen AFI-Wert entspreche).

98

Hieraus folgt für den Senat, dass für einen nachbehandelnden Arzt lediglich das Ergebnis der indirekten Messung bzw. Schätzung zu dokumentieren ist, nicht aber die Bildgebung an sich. Dies entspricht auch der obergerichtlichen Rechtsprechung, wonach es bei einer unauffälligen Sonografie ausreichend sei, den unauffälligen Befund in der Dokumentation zu beschreiben (vgl. OLG Köln, Beschluss vom 9. September 2014 – 5 U 62/14 – Rz. 6 f., juris). Auf die Frage, ob bei Feststellung eines Oligohydramnions von einem erhöhten Geburtsrisiko auszugehen wäre (so die Klägerin im Schriftsatz vom 17.10.2022, S. 3), kommt es damit für die Frage der Dokumentationspflicht nicht mehr an. Ebenso ist nicht maßgeblich, dass eine Dokumentation mittels Screenshot – ebenso wie bei den tatsächlich vorliegenden Screenshots der fetalen Biometrie – möglich war.

99

Soweit in der von der Klägerin mit der Berufungsbegründung vorgelegten Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 13.08.2021 demgegenüber vorgebracht wird, nach den Regularien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sei die Bilddokumentation einer Ultraschalldiagnostik obligater Leistungsinhalt, geht es ausweislich des zitierten § 135 Abs. 2 SGB V um kassenärztliche Abrechnungsfragen sowie um die Überprüfung von Kassenleistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (Abs. 1). Eine medizinische Notwendigkeit die Bildgebung zu dokumentieren, folgt hieraus nicht.

100

bb) Entgegen der Ansicht der Klägerin wäre selbst bei Annahme eines Dokumentationsmangels nicht bewiesen, dass eine fehlerhafte Messung im Sinne der Verkennung eines Oligohydramnions vorlag.

101

Nach gefestigter Rechtsprechung begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme zunächst lediglich die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist (vgl. BGH, Urteil vom 22. Oktober 2019 – VI ZR 71/17 – Rz. 9 m.w.Nw., juris). Dass die Zeugin Dr. M. gegen 3.30 Uhr des 13.07.2008 eine AFI-Bestimmung mittels Ultraschall durchgeführt und ein Messergebnis von AFI 12 festgehalten hat, ist zwischen den Parteien jedoch unstreitig und folglich zugrunde zu legen. Weiter reicht die Beweiserleichterung nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes in der Regel nicht. Sie führt grundsätzlich weder unmittelbar zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhanges noch rechtfertigt sie den Schluss auf ein für den Patienten positives Befundergebnis im behaupteten Sinne (vgl. BGH, Urteil vom 22. Oktober 2019 – VI ZR 71/17 – Rz. 10, juris). Ein Verstoß gegen die Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde und zur ordnungsgemäßen Aufbewahrung der Befundträger lässt im Wege der Beweiserleichterung für den Patienten auf ein reaktionspflichtiges positives Befundergebnis nur dann schließen, wenn ein solches hinreichend wahrscheinlich ist (vgl. BGH, aaO, Rz. 11, juris).

102

Soweit die Klägerin eine abweichende Auffassung auf eine frühere Entscheidung des Bundesgerichtshofes in NJW 1996, 330 stützt (gemeint ist wohl die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 21. November 1995 – VI ZR 341/94 –, Rz. 10, juris, in NJW 1996, 779), wird übersehen, dass der Bundesgerichtshof dann in der Entscheidung vom 13. Februar 1996 (VI ZR 402/94, BGHZ 132, 47, Rz. 10, juris) eine Einschränkung dahingehend formuliert hat, dass auf ein positives Befundergebnis nur zu schließen ist, wenn ein solches hinreichend wahrscheinlich ist, woran er im Weiteren festgehalten hat (vgl. BGH, Urteil vom 22. Oktober 2019 – VI ZR 71/17 – Rz. 12, juris).

103

An hinreichender Wahrscheinlichkeit fehlt es indes vorliegend. Insoweit wird auf die Ausführungen oben unter 3) b)-c) verwiesen. Zwar muss das von der Klägerin beanspruchte Befundergebnis nur hinreichend wahrscheinlich und nicht mit dem Maß des § 286 ZPO bewiesen sein. Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für den Befund eines Oligohydramnions als Ergebnis der Untersuchung am Morgen des 13.07.2008 lässt sich nach den oben dargestellten Feststellungen der Sachverständigen aber schon deshalb nicht annehmen, weil danach das Vorliegen eines Oligohydramnions auch für den Zeitpunkt der Sectio nicht gesichert ist und zusätzlich aufgrund pathologischer Ursachen ein Volumenverlust von der ersten Untersuchung bis zur Geburt möglich erscheint.

104

4) Auch aus anderen Gründen war es am Morgen des 13.07.2008 medizinisch nicht geboten, die Mutter der Klägerin stationär aufzunehmen oder sie bei Entlassung weitergehend als unstreitig geschehen, aufzuklären.

105

In der Anhörung durch den Senat haben die gerichtlichen Sachverständigen dies nochmals bestätigt. Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. T. hat – ergänzend zu seinen Angaben in erster Instanz in der landgerichtlichen Anhörung vom 04.03.2021 (Protokoll vom 04.03.2021, S. 2 ff., Bl. 306 ff. d.A.), wonach aufgrund der erhobenen Befunde eine Normalsituation ohne besondere Hinweis- oder Aufklärungspflichten vorgelegen und weder eine Geburtseinleitung noch eine stationäre Aufnahme indiziert gewesen seien – ausgeführt, dass ohne pathologische Befunde eine stationäre Aufnahme als Möglichkeit besprochen werden könne. Ebenso wie die Einleitung der Geburt sei dies eine Möglichkeit gewesen, für die es aber zu diesem Zeitpunkt noch keine medizinische Notwendigkeit gegeben habe. Erst bei pathologisch verminderter Fruchtwassermenge in Richtung einer Anhydramnie müsse man der Mutter die stationäre Aufnahme mit mehr Nachdruck nahelegen. Obligat sei aber – insoweit zu teils abweichenden Angaben in erster Instanz klarstellend – selbst das nicht. Der Sachverständige Prof. Dr. A. hat sich dem angeschlossen und – seine in erster Instanz gemachten Angaben, wonach das Vorgehen der Zeugin Dr. M. bezüglich der Entlassung leitliniengerecht gewesen sei (schriftliches Gutachten vom 08.06.2020, S. 5, Bl. 244 d.A. und Protokoll vom 25.02.2021, S. 3 u. 4, Bl. 296 f. d.A.) ergänzend – ausgeführt, dass erst bei Vorliegen eines

Oligohydramnions als Optionen die Einleitung der Geburt oder ein Zuwarten unter Kontrollen alle zwei bis drei Tage mit der Mutter zu besprechen seien. Prof. Dr. Dr. T. hat wiederum hierzu ergänzend ausgeführt, dass bedeutsamer als ein Oligohydramnion für die Feststellung einer möglichen chronischen Plazentainsuffizienz der gemessene Dopplerwert sei. Sei dieser – wie hier – ohne pathologischen Befund, sei im Laufe der nächsten Tage bis zu einer Woche nicht mit Komplikationen im Zusammenhang mit einer chronischen Plazentainsuffizienz zu rechnen. Auch Prof. Dr. H. hält das tatsächliche Vorgehen bei nicht pathologisch verminderter Fruchtwassermenge, unauffälliger CTG und Fehlen regelmäßige Wehen, für korrekt oder zumindest vertretbar (sachverständige Stellungnahme vom 11.01.2017, von der Klägerin vorgelegt als Anlage K 9, S. 3 und S. 10). Nach diesen übereinstimmenden sachverständigen Feststellungen war es nicht behandlungsfehlerhaft, die Mutter der Klägerin nach Hause zu entlassen mit dem Hinweis, sie solle sich bei regelmäßigen Wehen oder Beschwerden, sonst spätestens nach zwei Tagen wieder vorstellen.

106

5) Gründe, die mündlichen Verhandlung wieder zu eröffnen, liegen auch unter Berücksichtigung des Vorbringens der Klägerin in den Schriftsätzen vom 17.10.2022, 27.10.2022, 14.11.2022 und 17.11.2022 nicht vor. Insbesondere kommt es nach dem Gesagten auf die Frage, wie wahrscheinlich eine sonstige „unbekannte“ Ursache für die Asphyxie ist, nicht an.

107

Eine Wiedereröffnung zur „abschließenden Klärung der Frage eines Dokumentationsmangels“ bedarf es nicht, weil kein solcher vorliegt.

108

Die entscheidungserheblichen Fragen auch zu Widersprüchen in den gutachterlichen Stellungnahmen wurden den Sachverständigen gestellt. Der Senat hat sich hiermit auseinandergesetzt. Ein weiteres Gutachten ist nicht zu erholen (hierzu insbesondere oben 3) e)).

109

Der Sachverhalt ist mit demjenigen der von der Klägerin zitierten Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 31. Mai 1988 (Az. VI ZR 261/87 = NJW 1988, 2302) nicht vergleichbar, weil anders als im dortigen Fall vorliegend zu einer für die Entscheidung des Rechtsstreits entscheidenden Frage nicht erst während der mündlichen Befragung durch den Senat näheres seitens der Sachverständigen ausgeführt wurde, sondern bereits zu allen relevanten Gesichtspunkten umfangreiche schriftliche und mündliche Ausführungen vorlagen. Desweiteren geben die Stellungnahmen der Klägerin aufgrund der obigen Ausführungen mangels Entscheidungserheblichkeit keinen Anlass zu weiterer tatsächlicher Aufklärung.

110

6) Mangels Haftung des Beklagten dem Grunde nach sind auch die übrigen geltend gemachten Anträge auf Feststellung künftiger Schäden sowie zu den Nebenforderungen in der Sache unbegründet und die Berufung ohne Erfolg.

C.

111

Die Nebenentscheidungen beruhen auf § 97 Abs. 1, §§ 708 Nr. 10, 709, 711 ZPO.

112

Die Zulassung der Revision ist nicht veranlasst, da die Sache weder grundsätzliche Bedeutung aufweist noch die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts erfordern, § 543 Abs. 2 Nr. 1 und 2 ZPO. Die entscheidungserheblichen Rechtsfragen sind höchstrichterlich geklärt. Der Senat weicht soweit ersichtlich weder von der Rechtsprechung anderer Obergerichte noch solcher des Bundesgerichtshofes ab.

113

Der Streitwert wird gem. §§ 47, 48, 41 GKG festgesetzt.