Landgericht Aachen, 11 O 426/98

Datum:	13.06.2001
Gericht:	Landgericht Aachen
Spruchkörper:	11. Zivilkammer
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	11 O 426/98
ECLI:	ECLI:DE:LGAC:2001:0613.11O426.98.00

Tenor:

Die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) werden als Gesamtschuldner ver-urteilt, an den Kläger 500.000,00 DM nebst 6 % Zinsen seit dem 01.12.1998 (Beklagte zu 5)) beziehungsweise seit dem 02.12.1998 (Beklagte zu 1), 2) und 3)) zu zahlen.

Es wird festgestellt, daß die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche materiellen Schäden, die ihm aus der behandlungsfehlerhaften Überwachung und Leitung seiner Geburt am ##1995 entstanden sind und noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind beziehungsweise übergehen.

Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten des Klägers tragen die Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) zu 2/3 und der Kläger selbst zu 1/3. Die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 4) und 6) trägt der Kläger. Die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) tragen diese selbst.

Das Urteil ist für den Kläger gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 600.000,00 DM und für die Beklagten zu 4) und 6) gegen Sicherheitsleistung in Höhe von jeweils 16.500,00 DM vorläufig vollstreckbar.

T a t b e s t a n d 1

Der Kläger macht gegen die Beklagten Schadensersatzansprüche aus behaupteten ärztlichen Behandlungsfehlern anläßlich seiner Geburt geltend. 2

Die am ##1965 geborene Mutter des Klägers war erstmals mit dem Kläger schwanger, dessen errechneter Geburtstermin der ## 1995 war. Während der Schwangerschaft wurde sie von dem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. T ambulant betreut. Zur Entbindung des Klägers wollte seine Mutter sich in die J-Klinik begeben, deren Leiter und Inhaber der Beklagte zu 1) ist. Eine von ihm ausgestellte Verordnung zur Krankenhausbehandlung der gesetzlich krankenversicherten Mutter des Klägers stammt vom ##1995. Neben einer Reihe von festangestellten Hebammen unterhält die Klinik auch Kontakte zu freiberuflichen Hebammen wie der Beklagten zu 5). Die von den betreffenden Hebammen erbrachten Leistungen werden anschließend von der Verwaltung der J-Klinik den Krankenkassen in Rechnung gestellt; einen etwas geringeren als den Rechnungsbetrag erhält anschließend die freiberuflich tätige Hebamme. Nachdem von Seiten der J-Klinik die Beklagte zu 5) als Hebamme empfohlen worden war, zahlten die Eltern des Klägers dieser 350,00 DM für zwei Beratungsgespräche vor der Geburt und ihrer anschließend bestehenden Rufbereitschaft. 3

In der 39. Schwangerschaftswoche kam es - teilweise von den Beklagten bestritten - am ## 1995 gegen 23:00 Uhr zu einem vorzeitigen Blasensprung. Die Mutter des Klägers informierte die Beklagte zu 5), die daraufhin vereinbarte, sich gegen 08:00 Uhr in der J-Klinik zur Entbindung zu treffen. In dem von dem Vater des Klägers unterzeichneten Aufnahmebogen der J-Klinik ist als Uhrzeit des Aufnahmetages "08:00 Uhr" eingetragen. Gleichzeitig oder kurze Zeit später traf auch die Beklagte zu 5) ein. Das von ihr ausgefüllte Partogramm dokumentiert eine Aufnahmeuhrzeit um 08:15 Uhr. Damit korrespondiert der von der Beklagten zu 5) vorgenommene handschriftliche Verlauf zu dem Partogramm, der um 08:15 Uhr eine von ihr durchgeführte äußere und innere Untersuchung ausweist. Von 08:30 Uhr bis 09:05 Uhr wurde eine Aufnahme-CTG geschrieben. Zu diesem Zeitpunkt waren an ärztlichem Personal in der J-Klinik die Beklagten zu 2), 3) und 4) anwesend. Die Beklagte zu 2) ist Oberärztin der J-Klinik, die Beklagten zu 3) und 4) waren zum damaligen Zeitpunkt Ärztinnen im Praktikum. Gegen 09:00 Uhr erfolgte die Dienstübergabe seitens der Beklagten zu 4) auf die Beklagte zu 3). Spätestens kurz nach 09:00 Uhr wurden die genannten Ärztinnen von der Beklagten zu 5) von dem Eintreffen der Mutter des Klägers unterrichtet; die Beklagte zu 3) überprüfte das zwischenzeitlich geschriebene Aufnahme-CTG. Eine Ultraschalluntersuchung wurde nicht vorgenommen. Zwischen 09:00 Uhr und 10:00 Uhr begab die Mutter des Klägers sich in Absprache mit der Beklagten zu 5) zur Entspannung in eine mit warmem Wasser gefüllte Badewanne. Die weiterführenden Herztonkontrollen sind von der Beklagten zu 5) mit einem Sonicaid-Gerät vorgenommen worden. Hierbei handelt es sich um ein Ultraschall-Doppler-Gerät, mit dem man die kindlichen Herztöne hörbar machen kann, ohne daß diese protokolliert werden. Zwischen 11:30 Uhr und 12:00 Uhr verließ die Mutter des Klägers die Badewanne. Die Herztonkontrolle der Beklagten zu 5) gegen 12:00 Uhr ergab ihrer handschriftlichen Dokumentation zufolge eine "tiefe Dip I bei 90 - 100 spm ohne Erholung nach der Wehe -> Badewanne Bradycardie". Die Beklagte zu 5) informierte daraufhin die Beklagte zu 3); in der Zeit von 12:09 Uhr bis 12:13 Uhr wurde ein CTG angelegt. Die Beklagte zu 3) benachrichtigte die Beklagte zu 2), die kurze Zeit später eintraf. Um 12:25 Uhr kam es zur Geburt des schwer asphyktischen Klägers bei einem Apgar von 0 beziehungsweise 1,2,4. Der damit ohne erkennbare Spontanatmung, schlaff, blau und offensichtlich ohne weitere Lebenszeichen geborene Kläger wurde zunächst abgesaugt und erhielt Sauerstoff über eine Maske; in der Dokumentation ist für 12:27 Uhr die Beatmung mit 4

einem Ambo-Beutel und eine Herzmassage erwähnt. Bereits zuvor war der Beklagte zu 6) als ständiger Vertreter des in der J-Klinik tätigen Facharztes für Anästhesiologie Dr. T1 im Rahmen seiner Rufbereitschaft angerufen worden. Er erreichte um 12:30 Uhr den Kreissaal, intubierte den Kläger und traf weitere lebenserhaltene Maßnahmen. Zwischenzeitlich war auch das Reanimationsteam für Neugeborene der S B informiert worden, das um 13:00 Uhr eintraf. Der Kläger wurde anschließend zur weiteren Behandlung in die Kinderklinik der S B verlegt. Das Geburtsgewicht des Klägers betrug rund 2.750 g. Der Beurteilung des Pathologen S1 vom 13.06.1996 zufolge ergaben sich aus den quantitativen Verhältnissen und der zunehmenden ischämischen Ausfälle der 405 g schweren Plazenta Anhaltspunkte, die eine chronische und terminal progrediente Plazentainsuffizienz erklärbar machen würden.

Der Kläger trägt vor: 5

Der Beklagten zu 5) als Hebamme und den Beklagten zu 2), 3) und 4) als Ärztinnen der J-Klinik, für die der Beklagte zu 1) als Inhaber und Leiter der Klinik einzustehen habe, sei eine völlig unzureichende Überwachung des intrauterinen Zustandes unter der Geburt anzulasten. Nach dem um 23:00 Uhr des ## 1995 aufgetretenen Blasensprung habe seine Mutter die Beklagte zu 5) gegen 03:00 Uhr erstmals informiert. Trotz des mit dem vorzeitigen Blasensprung verbundenen erhöhten Risikos eines Abschnürens der Nabelschnur beziehungsweise einer aufsteigenden Bakterienbesiedlung habe die Beklagte zu 5) bereits zu diesem Zeitpunkt behandlungsfehlerhaft nicht sofort einen Liegendtransport in eine Klinik veranlaßt, sondern sich mit seiner Mutter nach einem weiteren Telefonat um 07:00 Uhr morgens in der Klinik des Beklagten zu 1) verabredet. Die anschließend am Morgen seines Geburtstages vorgenommene Aufnahmeuntersuchung seiner Mutter sei unzureichend gewesen. Insbesondere sei die anschließende Entscheidung zur geburtshilflichen Überwachung mittels eines Sonicaid-Gerätes grob behandlungsfehlerhaft gewesen, weil vor dem Hintergrund der konkreten Sachlage eine kontinuierliche CTG-Ableitung unabdingbar gewesen wäre. Abgesehen von der ohnehin bestehenden Risikolage wegen des vorzeitigen Blasensprungs wäre dies auch angesichts des bereits pathologischen Aufnahme-CTG's notwendig gewesen. Weiterhin habe es auch an einer Aufklärung darüber gemangelt, daß ein erhöhtes Risiko bestehe, wenn auf ein Dauer-CTG verzichtet werde. Die anschließend durchgeführte Sonicaid-Überwachung sei unzureichend und nicht in der Lage gewesen, die sich zu einer finalen Bradycardie entwickelnde Gefahrenlage des Kindes rechtzeitig festzustellen. Die deshalb von Anfang an unterlassene ausreichende Geburtsüberwachung sei nicht nur der Beklagten zu 5) als Hebamme, sondern auch den über die Aufnahme der Mutter des Klägers informierten Ärztinnen, den Beklagten zu 2), 3) und 4) anzulasten. Auch ihnen hätte sich aufgrund des pathologischen Aufnahme-CTG's und der bestehenden Gefährdung des Kindes die Notwendigkeit einer kontinuierlichen CTG-Überwachung aufdrängen müssen. Auch nach Feststellung der fetalen Bradycardie mittels Kardiogramm um 12:00 Uhr sei behandlungsfehlerhaft eine Akuttokolyse, eine vaginale Untersuchung, gegebenenfalls eine Mikroblutuntersuchung nicht durchgeführt worden, die gegebenenfalls die Entscheidung zur operativen Geburtsbeendigung zur Folge gehabt hätte. Das Unterlassen dieser Maßnahmen habe mit hoher Wahrscheinlichkeit einen wesentlichen Anteil am Zustandekommen der kindlichen Schädigung des mindestens 25 Minuten später erst entbundenen Klägers herbeigeführt. Genauso wenig sei die Geburtsbeendigung durch Kristeller-Expression standardgemäß gewesen, weil die Geburt bei der gegebenen Lage operativ - vaginal per Zange beziehungsweise Saugglocke oder Kaiserschnitt - hätte beendet werden müssen. Schließlich sei dem Beklagten zu 6) als Anästhesisten anzulasten, daß er die Neugeborenen-Reanimation erst verzögert eingeleitet habe, insbesondere erst um 12:40 Uhr die Intubation und Blindpufferung mit Bikarbonat vorgenommen worden sei. Als Folge der groben Behandlungsfehler sei er - der Kläger - auf das Massivste geschädigt. Es bestehe 6

eine Tetra-Spastik und ein BNS-Krampfleiden. Er sei körperlich und geistig schwerstbehindert, könne keinerlei motorische Handlungen ausführen, weder greifen, sitzen oder laufen und auch nicht sprechen. Geistig sei er schwerstretadiert und rund um die Uhr auf fremde Hilfe angewiesen. Der erlittene Schaden sei nicht mehr steigerungsfähig mit der Folge, daß ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 500.000,00 DM angemessen sei. Der auch auf die Vergangenheit gerichtete Feststellungsantrag hinsichtlich des materiellen Schadens sei begründet, weil die Schadenentwicklung noch nicht abgeschlossen sei.

Der Kläger beantragt, 7

1. 8

die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn aus der grob fehlerhaften 9
Geburtsleitung vom # 1995 ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in
das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 500.000,00 DM
nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz - mindestens verzinslich jedoch mit 8 %
Zinsen - seit dem ##1995, mindestens jedoch seit Rechtshängigkeit;

2. 10

festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtlich 11
materiellen Schäden der Vergangenheit und Zukunft, die ihm aus der grob fehlerhaften
Geburtsleitung vom # 1995 entstehen, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf
Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen.

Die Beklagten beantragen, 12

die Klage abzuweisen. 13

Die Beklagten zu 1), 2), 3) und 4) tragen vor: 14

Die Mutter des Klägers habe keine ärztlich geleitete Geburtshilfe gewünscht. Die Leitung der 15
Geburt sei unter diesen Voraussetzungen Aufgabe der Beklagten zu 5) gewesen. Zwar sei es in der J-Klinik üblich, eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung durchzuführen. Nachdem die Beklagte zu 5) nach dem Eintreffen der Mutter des Klägers die Beklagten zu 2), 3) und 4) hiervon unterrichtet gehabt habe, habe die Beklagte zu 5) es aber abgelehnt, eine solche ärztliche Aufnahmeuntersuchung durchführen zu lassen. Vielmehr sei vereinbart worden, daß ein Arzt nur bei Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten habe hinzugezogen werden sollen. Daß ein vorzeitiger Blasensprung am Vortag um 23:00 Uhr vorgelegen habe, werde im übrigen bestritten. Unabhängig davon sei im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung eine Ultraschalluntersuchung nicht indiziert gewesen. Das Aufnahme-CTG sei im übrigen unauffällig gewesen. Deshalb sei auch die Anlage eines Dauer-CTG’s nicht notwendig gewesen. In der Folgezeit habe die Beklagte zu 3) sich alle halbe Stunde nach dem Befinden der Mutter des Klägers erkundigt. Dabei sei sie von der Beklagten zu 5) nicht zu der Patientin vorgelassen worden, sondern sei immer nur mündlich über den nach Darstellung der Beklagten zu 5) problemlosen Verlauf informiert gewesen. Nachdem die Beklagte zu 3) um 12:00 Uhr von der Beklagten zu 5) über die suspekten Herztonfrequenzen informiert worden sei, sei das CTG angelegt worden, wobei das Vorliegen einer fetalen Bradycardie bestritten werde. Zur Durchführung eines Kaiserschnitts sei es angesichts des Geburtsfortschritts zu spät gewesen, so daß die auf normalem vaginalen Weg erfolgte Geburt behandlungsfehlerfrei erfolgt sei. Eine Haftung der Beklagten zu 4), die überhaupt nicht mit der Mutter des Klägers befaßt gewesen sei, scheide im übrigen von vornherein aus.

Schließlich werde die Kausalität eventueller Behandlungsfehler für die auch in ihrem Ausmaß bestrittenen Schäden des Klägers bestritten.

Die Beklagte zu 5) trägt vor: 16

Die Mutter des Klägers habe sie erst 7 ¾ Stunden nach dem Blasensprung um 06:45 Uhr am ##1996 unterrichtet. Anschließend habe es sich in der J-Klinik aufgrund der ständigen Involvierung der behandelnden Ärzte um eine ärztlich geleitete Geburt gehandelt. Die Beklagte zu 3) habe entsprechend dem Wunsch der Mutter des Klägers zur ärztlichen Betreuung während der Geburt regelmäßig persönlich mit der Mutter des Klägers gesprochen und die Vorgehensweise der Beklagten zu 5) als ordnungsgemäß angesehen. Es entspreche auch nicht dem Standard, bei physiologischen Geburten eine kontinuierliche kardiotokographische Überwachung vorzunehmen und eine Aufnahme-Ultraschalluntersuchung durchzuführen. Deshalb und weil die die Geburt leitenden Ärztinnen die ihnen zur Befundung vorgelegte CTG-Aufnahmeuntersuchung und die weiter beabsichtigte Vorgehensweise der Überwachung durch des Sonicaid-Gerät nicht beanstandet hätten, sei ihr ein Behandlungsfehler nicht anzulasten, wenn sie dementsprechend verfahren sei. Die von ihr vorgenommene Feststellung der Herzfrequenz sei zutreffend gewesen und habe auch im Hinblick auf die zeitlichen Abstände dem gebotenen Standard entsprochen. Daß in der Zeit nach 11:30 Uhr bis 12:00 Uhr keine entsprechende Sonicaid-Untersuchung der Herztonfrequenz vorgenommen worden sei, beruhe auf der zu diesem Zeitpunkt aufgrund des Zustandes der Mutter des Klägers notwendig gewordenen Umlagerung aus der Wanne auf einen Hocker beziehungsweise in den etwa 10 m entfernten Kreissaal. Nachdem sie - die Beklagte zu 5) - den Abfall der Herztonfrequenz gegen 12:00 Uhr bemerkt habe, habe sie sofort die Beklagte zu 3) informiert. Dieser und der Beklagten zu 2) seien im Anschluß daran Behandlungsfehler anzulasten, weil sie die gebotene Sectio nicht eingeleitet und den Rettungswagen zu spät angefordert hätten. Insgesamt sei die Geburt unter Kristellerhilfe falsch gewesen, weil dies zu einer deutlichen Verzögerung der Geburt geführt habe, die ihrerseits wiederum schadensursächlich gewesen sei. Insgesamt sei das Fehlverhalten aber im Ergebnis nicht ursächlich für den eingetretenen Schaden, weil die pathologisch festgestellte Plazentainsuffizienz den Rückschluß auf eine chronisch unterversorgte und den Schaden des Klägers erst bedingende Ursache zulasse. 17

Der Beklagte zu 6) trägt vor: 18

Die von ihm eingeleiteten Sofortmaßnahmen entsprechend seinem handschriftlichen Anästhesieprotokoll seien behandlungsfehlerhaft erfolgt, insbesondere habe er nach seinem Eintreffen um 12:30 Uhr bereits um 12:31 Uhr sofort intubiert. 19

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den vorgetragenen Inhalt der von den Parteien zu den Akten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen ergänzend verwiesen. 20

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die schriftlichen Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. S2 vom 27.01.2000 (Bl. 394 ff. d. A.) und 16.10.2000 (Bl. 545 ff. d. A.) sowie auf die Sitzungsniederschrift vom 16.05.2001 (Bl. 612 ff. d. A.) verwiesen. 21

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e 22

23

Dem Kläger steht gegenüber den Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) der geltend gemachte Schmerzensgeld- und Feststellungsanspruch aus pVV des Behandlungsvertrages und unerlaubter Handlung gemäß §§ 823, 831, 847 BGB zu. Die Klage gegenüber der Beklagten zu 4) ist unbegründet, weil sie in das Behandlungsgeschehen nicht involviert war, während die gegen den Beklagten zu 6) gerichtete Klage unbegründet ist, weil ihm keine Behandlungsfehler im Rahmen der von ihm wahrgenommenen Reanimationsmaßnahmen nach der Entbindung des Klägers angelastet werden können.

Die diensthabenden Ärztinnen, die Beklagten zu 2) und 3), für die der Beklagte zu 1) gemäß §§ 278, 831 BGB einzustehen hat, waren ebenso wie die Hebamme, die Beklagte zu 5), bei der Aufnahme der Klägerin für die Einhaltung des insoweit maßgeblichen geburtshilflichen Standards verantwortlich. Die Haftung der Ärzte ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil es grundsätzlich zu den Aufgaben der Hebamme gehört, eine Geburt ohne besondere Komplikationen selbständig zu betreuen, bis ein Arzt die Behandlung übernommen hat (BGH NJW 1995, 1611 ff.). Denn dies schließt die ärztliche Einstandspflicht für ein Fehlverhalten bei einzelnen Phasen der Geburt, an denen ein Arzt beteiligt war, nicht aus. Denn die Mutter des Klägers hatte als gesetzlich krankenversicherte Patientin im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes in der Klinik des Beklagten zu 1) Anspruch auf ärztliche Betreuung. Deshalb hatte sie sich ins Krankenhaus begeben, statt ambulant nur mit einer Hebamme zu entbinden. Im Rahmen der ärztlichen Betreuung war mithin die Durchführung einer Aufnahmeuntersuchung oder die ärztliche Beurteilung der von der Hebamme erhobenen und mitgeteilten Befunde im Rahmen des geschuldeten ärztlichen Beistands anläßlich der stationären Aufnahme in der J-Klinik geboten. Dies hat nichts mit der Frage zu tun, ob mit der Aufnahmeuntersuchung beziehungsweise der Beurteilung der von der Hebamme gewonnenen Befunde nunmehr statt einer von der Hebamme eine von Ärzten geleitete Geburt vorliegt, als vielmehr mit der doch gerade durch die stationäre Aufnahme von der Mutter des Klägers gewünschten zusätzlichen Absicherung des Geburtsverlaufs durch ärztlichen Beistand. Wenn sich bei der Beurteilung des Aufnahmebefundes seitens der Ärzte der weitere Verlauf der Geburt so wie vorgestellt hätte durchführen lassen, wäre es allein wegen der Anamnese und der Beurteilung des Aufnahmebefundes seitens der Ärzte nicht zu einer ärztlich geleiteten Geburt gekommen, bei der die Hebamme nur Gehilfin des Arztes ist. Die Hebamme hätte vielmehr die Geburt weiter allein verantwortlich betreut, bis gegebenenfalls Komplikationen aufgetreten wären und auf ihre Veranlassung ein Arzt eingeschaltet worden wäre. 24

Die Beklagte zu 5) haftet ebenfalls für die Einhaltung des geburtshilflichen Standards bei bestimmten Risikokonstellationen, die sie eigenverantwortlich abzuklären und hinsichtlich der weiteren Vorgehensweise grundsätzlich selbständig zu entscheiden hatte. Damit hat sie auch bei einer stationären Aufnahme in eine Klinik zunächst eigenverantwortlich im Rahmen der Betreuung der Schwangeren darüber zu befinden, welche Schlußfolgerungen aus dem bisherigen Geburtsverlauf für die weitere Überwachung und Betreuung auf der Grundlage des anerkannten geburtshilflichen Standards zu ziehen sind. Teilt die Hebamme im Rahmen der so gebotenen Entscheidungsfindung den ärztlichen Geburtshelfern den Status der Schwangeren mit und bestätigen diese die - gegebenenfalls fehlerhafte - Einschätzung der Hebamme zur weiteren Vorgehensweise, so wird die Hebamme hierdurch schon nicht exkulpiert. Denn allein durch die begleitende Aufnahmeuntersuchung wird die Geburt nicht zur ärztlich geleiteten Geburt. Erst recht entfällt die Verantwortung der Hebamme für eine behandlungsfehlerhaft getroffene Einschätzung zur weiteren Vorgehensweise nicht dann, wenn sie den Aufnahmebefund nur unvollständig weiter gibt und die Entscheidungsgrundlage der ärztlichen Geburtshelfer zur weiteren Überwachung im Rahmen der Geburtshilfe deshalb nicht auf einer vollständigen Kenntnis der insoweit maßgeblichen Tatsachen beruhen kann. 25

Bei Anwendung dieser Grundsätze sind sowohl den ärztlichen Geburtshelfern als auch der Hebamme Behandlungsfehler anzulasten, weil sie es unterlassen haben, eine ausreichende Aufnahmeuntersuchung durchzuführen (Beklagten zu 2) und 3)) beziehungsweise aufgrund der bekannten Risikofaktoren, die dem Geburtshilfestandard entsprechenden Schlußfolgerungen zur ständigen CTG-Überwachung unter Verzicht auf die kontraindizierte Wannenentbindung unter Sonicaid-Überwachung hinzuwirken (Beklagte zu 5)). Den überzeugenden und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. S2 zufolge ist bei Aufnahme der Mutter des Klägers in der J-Klinik der in allen gängigen Lehrbüchern formulierte Minimalstandard des ärztlichen Erstkontaktes nicht eingehalten worden. Hiernach ist es erforderlich, daß Arzt und Hebamme unmittelbar nach dem Eintreffen der Schwangeren in Ausübung der Verantwortung für Mutter und Kind sofort und ohne Zeitverzug den momentanen Zustand durch eine Aufnahmeuntersuchung festzustellen haben, um hieran anschließend eine Prognose hinsichtlich des weiteren Geburtsverlaufs und die erforderlichen Geburtshilfemaßnahmen zu treffen. Im Rahmen der sowohl von der Hebamme als auch dem Arzt geschuldeten Aufnahmeuntersuchung ist abgesehen von der äußeren Untersuchung der Mutter einschließlich der palpatorischen Wehenkontrolle, der stetoskopischen Herzkontrolle mit anschließender Herzton- und Wehenbeschreibung durch ein Aufnahme-CTG, einer vaginalen Untersuchung und einer Allgemeinuntersuchung der Kreißenden auch eine Aufnahme-Ultraschalluntersuchung erforderlich. Während die erstgenannten diagnostischen Maßnahmen von der Beklagten zu 5) durchgeführt worden sind, ist eine Aufnahme-Ultraschalluntersuchung nicht erfolgt. Durchführung und/oder Beurteilung dieser Ultraschalluntersuchung oblagen sowohl der Hebamme als auch den Ärzten im Rahmen des parallel geschuldeten ärztlichen Beistands nach stationärer Aufnahme in der Klinik des Beklagten zu 1). Bei der gebotenen Ultraschalluntersuchung hätte - so der Sachverständige weiter - erkannt werden können, daß es sich bei dem Kläger um ein sogenanntes "Small for Date"-Kind handelte. Der Sachverständige hat dies überzeugend damit begründet, daß das Geburtsgewicht mit 2.750 g an der unteren Normgrenze lag. Dieser Befund hätte dann im Zusammenhang mit dem vorzeitigen Blasensprung wegen der Möglichkeit einer aufsteigenden uterinen Infektion mit konsekutiver fetaler Gefährdung eine kontinuierliche CTG-Überwachung obligatorisch gemacht. Die damit gegebene Risikokonstellation hätte dazu führen müssen, von der angestrebten Wassergeburt abzuraten und stattdessen eine auch kardiotokographisch engmaschig überwachte Geburt anzustreben. 26

Die ärztlichen Geburtshelfer können sich in dem Zusammenhang nicht dadurch entlasten, daß sie einerseits den vorzeitigen Blasensprung um 23:00 Uhr des Vortages bestreiten und andererseits - von der Beklagten zu 5) bestritten - behaupten, die Hebamme habe sie davon abgehalten, die in der J-Klinik sonst immer durchgeführte Aufnahmeuntersuchung eigenständig durchführen zu können. Was das Bestreiten des Blasensprunges angeht, hätten die Beklagten zu 2) und 3) die von der Beklagten zu 5) im Partogramm eingetragene Anamnese als gegeben hinnehmen müssen, unabhängig davon, ob tatsächlich ein Blasensprung vorgelegen hat oder nicht. In dem Partogramm ist aber ausdrücklich festgehalten, daß am Vortag um 23:00 Uhr ein Blasensprung stattgefunden hat mit der Folge, daß die Beklagten zu 2) und 3) dies bei ihrer weiterer Befundung unabhängig von dem tatsächlichen Vorliegen hätten zugrunde legen müssen mit der weiteren Folge, daß die daraus abzuleitende Risikokonstellation im Zusammenhang mit der anläßlich der - schuldhaft unterlassenen - Ultraschalluntersuchung und dem dabei gewonnenen Befund die Kontraindikation der angestrebten Wassergeburt und die kontinuierliche engmaschige CTG-Überwachung erforderlich gemacht hätte. Auch der Einwand, die Beklagte zu 5) habe sie von der angestrebten Aufnahmeuntersuchung abgehalten, ist unerheblich. Denn zum einen ist die Hebamme weder Erfüllungs- noch Verrichtungsgehilfe der Mutter des Klägers, so daß ein Mitverschuldenseinwand nicht durchgreifen kann. Zum anderen hätten die Beklagten zu 2) 27

und 3) selbst bei einer von der Hebamme verhinderten eigenen ärztlichen Untersuchung jedenfalls dafür Sorge tragen müssen, daß ihnen die von der Hebamme erhobenen Befunde und damit die für die weitere Vorgehensweise elementar wichtigen Parameter mitgeteilt worden wären. Dabei hätte ihnen auffallen müssen, daß die Beklagte zu 5) keine Ultraschalluntersuchung durchgeführt hat, so daß es ihnen oblegen hätte, die Beklagte zu 5) anzuhalten, diese umgehend durchzuführen, um vor dem Hintergrund des so gewonnenen Untersuchungsergebnisses den weiteren Verlauf zu prognostizieren.

Die Beklagte zu 5) als Hebamme kann sich nicht mit dem Einwand entlasten, die behandelnden Ärztinnen hätten nach Vorlage des CTG's der von ihr in Aussicht gestellten weiteren Vorgehensweise - Wannengeburt unter Sonicaid-Überwachung - zugestimmt und keine Einwände vorgebracht. Denn die Beklagte zu 5) hatte den die ärztliche Betreuung wahrnehmenden Beklagten zu 2) und 3) nicht die für eine insoweit notwendige ärztliche Entscheidung ausreichende Grundlage mitgeteilt. Ihrem eigenem Vorbringen und ihren handschriftlichen Aufzeichnungen zufolge, die mit der Dokumentation des Verlaufs der Entbindung seitens der Ärztinnen übereinstimmt, hat sie den Beklagten zu 2) und 3) im Wesentlichen nur das Aufnahme-CTG vorgelegt und eben nicht auf den vorzeitigen Blasensprung hingewiesen. Zudem wußte sie selbst, daß eine Ultraschalluntersuchung, die - wie ausgeführt - zum Minimalstandard der Geburtshilfe bei Aufnahme der Kreißenden gehört, nicht durchgeführt worden war. Vor diesem Hintergrund kam der zustimmenden Entscheidung der Ärztinnen keine die Hebamme exculpierende Bedeutung für die Beurteilung des weiteren Verlaufs und insbesondere für das schuldhafte Unterlassen der kontinuierlichen CTG-Überwachung bei. 28

Festzuhalten ist hiernach, daß den Beklagten zu 1), 2), 3) und 5) als Behandlungsfehler anzulasten ist, daß sie eine kontinuierliche CTG-Überwachung und damit die Erhebung von Diagnose- und Kontrollbefunden schuldhaft unterlassen haben. Bei einer derartigen, nach dem geburtshilflichen Standard gebotenen Überwachung hätte sich den weiteren Ausführungen des Sachverständigen zufolge, die die Kammer sich auch insoweit zu eigen macht, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im weiteren Verlauf ein positives und deshalb aus geburtshilflicher Sicht reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt. Zwar konnte der Sachverständige angesichts der spärlichen Dokumentation und fehlender Anhaltspunkte, wann genau der Sauerstoffmangel bei dem Kläger eingetreten ist, nicht ganz exakt eingrenzen, wann es zu der Sauerstoffunterversorgung im weiteren Geburtsverlauf gekommen ist. Angesichts des erheblichen Sauerstoffmangels, der sich bei der Entbindung des Klägers in seinem Zustand manifestierte, ist aber davon auszugehen, daß der Sauerstoffmangel wahrscheinlich in der Zeit zwischen 11:30 Uhr und 12:00 Uhr eingetreten ist, während der Zeit also, während der in der Dokumentation keine Kontrollmaßnahmen von der Beklagten zu 5) niedergeschrieben worden sind. Bei einem kontinuierlich fortgeschriebenen CTG hätte dieser pathologische Zustand sich also bereits frühzeitiger erkennen lassen. Jedenfalls wäre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit frühzeitig der fetale Streßzustand aufgefallen, der aufgrund der Art der Überwachung ansonsten unentdeckt blieb und letztlich zu dem deletären kindlichen Zustand führte. 29

Da die - hypothetische - Nichtreaktion auf einen solchermaßen gewonnenen pathologischen Befund aufgrund der kontinuierlichen CTG-Registrierung schlechterdings unvertretbar und grob behandlungsfehlerhaft gewesen wäre, greifen im Rahmen des Kausalitätsbandes zum Primärschaden Beweiserleichterungen zugunsten des Klägers in dem Sinne ein, daß es nunmehr den Beklagten obliegt, nachzuweisen, daß auch bei einer rechtzeitigen Reaktion der Schaden beim Kläger eingetreten wäre. Hierzu hat der Sachverständige ausgeführt, daß nicht mit der insoweit erforderlichen Sicherheit davon ausgegangen werden kann, daß auch 30

bei einer frühzeitigen Reaktion aufgrund der im Rahmen der CTG-Befundung erhobenen Werte der hier in Rede stehende Schaden eingetreten wäre. Denn allenfalls in 10 % der Fälle ist es so, daß es dennoch zu Schäden kommt, selbst wenn sofort reagiert worden wäre. In der überwiegenden Zahl der Fälle - so der Sachverständige weiter - würde es aber wohl nicht zu diesen Schäden kommen mit der Folge, daß die bei hypothetischer Betrachtungsweise grob behandlungsfehlerhaft unterlassene Reaktion auf den frühzeitiger erkennbaren pathologischen Befund im vorliegenden Fall kausal für die später eingetretene Retardierung des Klägers war.

Es kann nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. S2 auch nicht davon ausgegangen werden, daß eine vorbestehende respiratorische Plazentainsuffizienz ursächlich für den Sauerstoffmangel bei dem Kläger geworden ist. Der Sachverständige hat hierzu in jeder Hinsicht nachvollziehbar dargelegt, daß das - entgegen der Auffassung des Klägers - nicht pathologische Aufnahme-CTG ein unauffälliges fetales Wohlbefinden eindeutig belegt und eine chronisch nutritive Plazentaissufizienz - so sie überhaupt vorlag - zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme jedenfalls vollständig kompensiert war. 31

Insgesamt decken sich die Wertungen und Schlußfolgerungen des Sachverständigen Prof. Dr. S2 im Kern mit denen des vorprozessual im Auftrag des Klägers mit der Bewertung des vorliegenden Falles befaßten Sachverständigen Prof. Dr. P in dessen schriftlichen Gutachten vom ##1998 (Bl. 218 ff. d. A.) mit dem einzigen wesentlichen Unterschied, daß der letztgenannte Sachverständige unabhängig von einer bestehenden Risikokonstellation in jedem Fall eine kontinuierliche CTG-Überwachung als geburtshilflichen Standard ansieht mit der Folge, daß die von der Beklagten zu 5) vorgenommene Sonicaid-Überwachung unabhängig von dem frühzeitigen Blasensprung und der anhand der schuldhaft unterlassenen Ultraschalluntersuchung festzustellenden Konstitution des Klägers in jedem Fall behandlungsfehlerhaft gewesen wäre. 32

Die streitigen Geburtsschäden aufgrund der unzureichenden Sauerstoffversorgung sind durch die vom Kläger vorgelegten diversen Arztberichte ausreichend belegt, so daß die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens insoweit nicht erforderlich war. In dem Entlassungsbericht der Kinderklinik der S B vom ##1995 ist als Diagnose eine perinatale Asphyxie mit Postasphyxiesyndrom, Neugeborenen-Krampfanfälle, periodische Atmung und Rotavirusenteritis angegeben. Bei der abschließenden körperlichen Untersuchung ergab sich bis auf eine bei Aktivität hypotone Muskulatur kein klinisch auffälliger Befund. In einem weiteren Befundbericht über die klinische Verlaufskontrolle vom ##1996 wird in der Diagnose eine zerebrale Bewegungsstörung mit choreo-athetoiden Bewegungsmustern und eine generalisierte Muskelhypertonie dokumentiert. Aufgrund des dezelerierten Kopftwachstums wird eine Störung des Hirnwachstums festgestellt, wobei eine deutliche innere und äußere Hirnvolumenminderung vorliegt. In dem Arztbericht der Kinderabteilung des C-Krankenhauses vom ##1996 wird eine zwischenzeitlich bereits im Klinikum erstellte Diagnose eines BNS-Krampfleidens bestätigt. In dem Aufnahmebefund ist eine beinbetonte Tetraspastik und eine Neigung zu opisthotonen Körperhaltung beschrieben. Die daraufhin eingeleitete Valproat-Therapie führte - jedenfalls zunächst - zu einer Besserung. In dem Bericht der Augenklinik der S B vom ##1996 wird eine Esotropie rechts, eine Hyperopie und Astigmatismus diagnostiziert. In einem Attest zur Vorlage bei der Krankenkasse vom ##1996 beschreibt der Kinder- und Jugendarzt Dr. Q unter anderem, daß der Kläger ständig von seiner Mutter beaufsichtigt werden und meist auf dem Arm getragen werden muß. Darüber hinaus benötigt er die Hilfe seiner Mutter in allen täglichen Verrichtungen, insbesondere kann er noch nicht selber Essen und Trinken, ferner liegt eine Funktionsstörung am Stütz- und Bewegungsapperat vor, die eine ständige Beaufsichtigung und eine Hilfe in allen 33

Verrichtungen des täglichen Lebens notwendig macht. Einem Befundbericht der Neuroradiologie der S B vom ## 1995 zufolge spricht der CTG-Befund vom ## 1995 für eine globale schwere hypoxidotische Hirnschädigung. Der Befundbericht der Kinderklinik der S B vom ## 1996 verweist ebenfalls auf eine Hirnvolumenminderung mit einem ausgeprägtem posthypoxischen Hirnschaden. Die anschließenden Befundberichte bei den in regelmäßigen Abständen erfolgten Wiedervorstellung in der Kinderklinik bestätigen auch in der Folgezeit die erhobenen Befunde. Eine wesentliche Verbesserung der Entwicklung ist nicht eingetreten. In dem Bericht vom ## 1998 heißt es, daß zwar nach der Gabe von Ergenyl vor einem Jahre keine Anfälle mehr aufgetreten seien, von Seiten seiner bisherigen Entwicklung aber keiner der Entwicklungs-Meilensteine erfüllt worden ist. In dem Bericht vom ##1999 ist wiederum die Rede davon, daß Meilensteine der Entwicklung nicht erfüllt worden sind, wobei im einzelnen beschrieben wird, wozu der Kläger immer noch nicht in der Lage ist (der Kläger ist nicht in der Lage zuzuknöpfen, sich unter Anleitung anzuziehen pp.). Weiter heißt es, daß von Seiten der klinisch-pädiatrischen sowie neurologischen Untersuchung ein unverändertes Bild besteht. In dem Arztbericht der Dres. L und C2 vom ##1999 wird die grob motorische Entwicklung des Klägers als der eines sechs bis sieben Monate alten Kleinkindes entsprechend dargestellt. Pflegerisch ist er hiernach überhaupt nicht in der Lage, auch nur kleinste Tätigkeiten des täglichen Lebens allein durchzuführen mit der Folge, daß er auf die ständige Hilfe seiner Eltern angewiesen ist. Auch auf mentalem Gebiet wie Sprache oder Auffassungsvermögen besteht eine starke Retardierung. Der Kläger ist hiernach weder in der Lage, altersgemäße Sätze zu sprechen, noch zu kombinieren. Das mentale Verständnis für Begriffe wie heiß und kalt, durstig und müde fehlt vollständig. Insgesamt liegt hiernach bei dem Kläger eine schwere Verzögerung der Entwicklung auf allen Ebenen vor, die bei Zustand nach schweren perinataler Asphyxie wenig Hoffnung auf deutliche Besserung beinhaltet. Dies wird durch den Bericht der Kinderklinik der S B vom ## 1999 bestätigt, wonach von Seiten der Entwicklung des Klägers keinerlei Fortschritte zu verzeichnen sind und eine erhebliche psychomotorische Retardierung besteht. Der Kläger kann hiernach auch seine Stuhl- und Blasenfunktion nicht kontrollieren. Eine Rotation um die Körperachse, freies Sitzen, Aufsetzen, Sitzen ohne Hilfe, Bücken und Aufrichten, alleine Stehen beziehungsweise Krabbeln erfolgt nicht.

Vor dem Hintergrund dieser über mehrere Jahre erfolgten Befunderhebung insbesondere durch die kontinuierliche Kontrolle der behandelnden Ärzte der Kinderklinik der S B, hat die Kammer keinen Zweifel daran, daß die darin genannten Beeinträchtigungen bei dem Kläger vorliegen. Diese Einschätzung teilt im übrigen der vorgerichtlich bereits von dem Kläger beauftragte Prof. Dr. T1 in seinem Gutachten vom ## 1998, in dem er ausführt, daß es überhaupt keinen Hinweis dafür gibt, daß bei einer neuerlichen Untersuchung des Klägers irgendwelche wesentlichen oder bisher verdeckten Informationen festzustellen seien. Festzuhalten ist hiernach, daß bei dem Kläger eine schwere Hirnschädigung aufgrund des Geburtstraumas eingetreten ist, die die Beklagten zu 2) und 3), für die der Beklagte zu 1) gemäß §§ 276, 831 BGB mit haftet, und die Beklagte zu 5) zu verantworten haben. 34

Auf die Frage, ob den Beklagten zu 2) und 3) im Zusammenhang mit der ärztlichen Betreuung der Geburt nach der Alarmierung durch die Beklagte zu 5) weitere Behandlungsfehler anzulasten sind, kommt es im Ergebnis nicht an. Anhaltspunkte hierfür haben sich indes nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. S2 insoweit nicht ergeben. Genauso wenig kommt es darauf an, ob der Beklagten zu 5) darüber hinaus anzulasten ist, daß sie ab 11:30 Uhr nicht die mit dem Sonicaid-Gerät von ihr - angeblich in regelmäßigen Abständen - nicht im einzelnen dokumentierte Überprüfung der Herztonfrequenz durchgeführt hat oder nicht und welche Konsequenzen sich insoweit für ihre Haftung ergeben. Daß darüber hinaus Mängel in der Überwachung vorlagen, legen die bisherigen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. S2 nahe, wonach es an der 35

ausreichenden Überwachung im Anschluß an das Verlassen der Mutter des Klägers aus der Badewanne fehlte. Es kommt letztlich auch nicht mehr darauf an, ob es einer Behandlungsaufklärung hinsichtlich der Überwachungsalternative einer kontinuierlichen CTG-Überwachung bedurft hätte.

Schließlich scheidet eine Haftung der Beklagten zu 4) aus. Sie hatte unstreitig nur bis 09:00 Uhr Dienst und war in dem Zusammenhang nicht mit der Beurteilung der Anamnese und der Durchführung einer weiterführenden Aufnahmeuntersuchung befaßt. Denn die Beklagte zu 5) hat das Aufnahme-CTG unstreitig erst kurz nach 09:00 Uhr fertiggestellt und im Anschluß hieran erst die Beklagte zu 3) beziehungsweise die Beklagte zu 2) hiervon in Kenntnis gesetzt. 36

Auch der Beklagte zu 6) hat im Zusammenhang mit den ihm obliegenden Reanimationsmaßnahmen keinen Behandlungsfehler begangen. Unwiderlegt ist er um 12:30 Uhr im Kreissaal eingetroffen und hat bereits um 12:31 Uhr die erforderliche Intubation vorgenommen. Daß er entgegen der Dokumentation erst um 12:40 Uhr intubiert hat, steht nicht fest. Eine derartige Vorgehensweise ist nicht zu beanstanden und entsprach dem insoweit gebotenen ärztlichen Standard zur Wiederbelebung des ateminsuffizienten Klägers. 37

Was die Höhe des Schmerzensgeldes angeht, mußte sich auswirken, daß der Kläger Zeit seines Lebens aufgrund des unter der Geburt erlittenen Hirnschadens schwerstgeschädigt und auf die ständige Hilfe seiner Eltern in allen Bereichen angewiesen sein wird. Unter Berücksichtigung der erheblichen Einschränkung der Lebensqualität im Verhältnis zu einem gesunden Menschen erscheint ein Schmerzensgeld in Höhe von 500.000,00 DM als angemessen und ausreichend. 38

Der geltend gemachte Zinsanspruch folgt aus §§ 284 Abs. 1, 288 BGB a. F. Dem Grunde nach kann der Kläger Zinsen erst ab Rechtshängigkeit verlangen, weil er einen weitergehenden Zinsanspruch ab dem Tag seiner Geburt beziehungsweise ab einem Zeitpunkt bis zum Eintritt der Rechtshängigkeit nicht schlüssig dargetan hat. Mit der Rechtshängigkeit ist Verzug eingetreten, so daß Verzugszinsen geltend gemacht werden können. § 288 Abs. 1 BGB n. F., wonach eine Geldschuld während des Verzugs mit 5 % Punkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen ist, findet auf die Schmerzensgeldforderung keine Anwendung, weil diese bereits vor dem 01.05.2000 fällig war und die Neufassung des § 288 BGB nur auf später fällig werdende Forderungen Anwendung findet. Zurecht weist der Kläger indes darauf hin, daß bei der Größenordnung des hier in Rede stehenden Schmerzensgeldes davon ausgegangen werden kann, daß der Betrag von dem Kläger beziehungsweise seinen gesetzlichen Vertretern jedenfalls zum überwiegenden Teil angelegt worden wäre. Ein Teil des Geldes wäre demgegenüber anderweitig verwendet worden, was angesichts des Umstandes, daß die Eltern des Klägers Sozialhilfe beziehen, wahrscheinlich ist. Um eine differenzierende Aufteilung des sofort verwandten Geldbetrages und des angelegten Geldbetrages über den Lauf der Jahre im Rahmen der gebotenen Schätzung gemäß § 286 ZPO zu vermeiden, erscheint es der Kammer angemessen, pauschal einen Zinssatz von insgesamt 6 % für die gesamte Summe anzusetzen. 39

Der Feststellungsantrag ist im übrigen insgesamt wegen der fortschreitenden Schadensentwicklung für Vergangenheit und Zukunft gemäß § 256 ZPO zulässig und begründet. 40

Die Kostenentscheidung beruht auf § 92 ZPO. 41

Die Entscheidung über die vorläufig Vollstreckbarkeit hat ihre Grundlage in § 709 ZPO. 42

Streitwert: 43

Antrag zu 1) - 500.000,00 DM 44

Antrag zu 2) - 100.000,00 DM 45

U1	U2	U3

46

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE