

---

**Datum:** 29.06.2016  
**Gericht:** Landgericht Köln  
**Spruchkörper:** 25. Zivilkammer  
**Entscheidungsart:** Urteil  
**Aktenzeichen:** 25 O 424/10  
**ECLI:** ECLI:DE:LGK:2016:0629.25O424.10.00

---

**Tenor:**

Die Beklagten zu 2) und 3) werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 15.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszins seit dem 25.01.2011 zu zahlen.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 2) und 3) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin alle materiellen Schäden zu erstatten, die ihr aus der fehlerhaften geburtshilflichen Behandlung im Jahr 2007 entstanden sind und zukünftig entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht infolge sachlicher oder zeitlicher Kongruenz auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten der Klägerin tragen die Klägerin zu 1/3 und die Beklagten zu 2) und 3) als Gesamtschuldner zu 2/3. Die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 1) trägt die Klägerin. Im Übrigen tragen die Parteien ihre außergerichtlichen Kosten selbst.

Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 120% des zu vollstreckenden Betrages vorläufig vollstreckbar.

---

Tatbestand	1
Die am 19.03.1971 geborene Klägerin macht Schmerzensgeld- und Schadensersatzansprüche wegen einer angeblich fehlerhaften Behandlung im Juni 2007	2

gegen die Beklagten geltend. Die Beklagte zu 1) war die die Klägerin vor und während der Geburt betreuende Hebamme. Die Beklagte zu 3) ist die Trägerin des Krankenhauses Y; der Beklagte zu 2) war Oberarzt in der gynäkologischen Abteilung dieses Krankenhauses. Das Krankenhaus Y war 2007 und ist auch heute ein Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe und akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Köln.

Bei der Klägerin – Mutter eines im Jahr 1990 geborenen Sohnes – wurde im Jahr 2007 eine dritte Schwangerschaft festgestellt; errechneter Entbindungstermin war der 12.10.2007. In der 11. Schwangerschaftswoche (SSW) hatte die Klägerin nach einer Chlamydieninfektion starke Blutungen, weswegen sie sich vom 16. bis 19.03.2007 erstmals in das Krankenhaus Y begab. In der Folgezeit hatte sie wiederholt schmerzhaft Kontraktionen. Ende Mai 2007 war die Klägerin stark erkältet und hatte vermehrt Unterleibskrämpfe. Am 04.06.2007 traf sie sich mit der Beklagten zu 1) im Hause der Beklagten zu 3); die Beklagte zu 1) legte schriftlich Folgendes nieder: Erkältung, Bauchschmerzen, keine Wehentätigkeit, Temperatur 37,5 Grad. Sie empfahl der Klägerin, sich auszuruhen und viel zu trinken, ggf. könne sie Paracetamol einnehmen; außerdem telefonierte die Beklagte zu 1) mit einem Arzt. 3

Am 11.06.2007 kam es zu Fruchtwasserabgang, weswegen die Klägerin mit dem Krankenwagen gegen 9.40 Uhr in das Krankenhaus Y eingeliefert wurde. Fruchtwasser war kaum noch nachweisbar (Anhydramnie), der CRP-Wert lag bei 56,2, die Leukozytenzahl bei 10.400. Mit Ultraschall vom 12.06.2007 wurde das Stadium der Schwangerschaft mit SSW 22+3 und das geschätzte Gewicht ermittelt. Die Klägerin erhielt Valium zur Beruhigung. Auf Wunsch der Klägerin und ihres Lebensgefährten wurde ein Kinderarzt hinzugezogen, der mit der Klägerin und ihrem Lebensgefährten sprach (Bl. 294 d.A.). Im Haus der Beklagten zu 3) gab es - so bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung unstrittig - zum streitgegenständlichen Zeitpunkt eine interne Anweisung, dass lebensrettende bzw. lebenserhaltende Maßnahmen erst ab Vollendung der 23. SSW (d.h. ab SSW 23+1) durchgeführt werden sollten (Bl. 230 R d.A.). 4

Am 13.06.2007 kam es um 03.43 Uhr zur spontanen Geburt einer 460 g schweren Tochter aus Beckenendlage; der APGAR-Wert betrug 2-2-2; es wurde eine Schnappatmung festgestellt und u.a dokumentiert: "Leichenflecken, extreme Unreife, Bradykardie". Um 04.37 Uhr verstarb das Kind ohne vorherige Abnabelung. Ein Kinderarzt wurde postpartal nicht hinzugezogen. Die histopathologische Untersuchung ergab eine normgewichtige altersentsprechende Plazenta der 22+5 SSW (d.h. 23. SSW) mit manifestem Amnioninfektionssyndrom (AIS) und Chorioamnionitis entsprechend einer ascendierenden Infektion nach vorzeitigem Blasensprung. 5

Die Klägerin wurde am 13.06.2007 auf eigenen Wunsch aus der stationären Behandlung entlassen. Sie erlitt am 14.06.2007 einen Zusammenbruch und wurde erneut stationär eingewiesen. 6

Die Klägerin wirft der Beklagten zu 1) vor, dass diese sie am 04.06.2007 keinem Arzt persönlich vorgestellt habe, da sie sodann wegen einer angeblichen Bronchitis und Sinusitis sofort stationär aufgenommen worden wäre. Dieses Unterlassen sei kausal für den Blasensprung, da bei einer stationären Aufnahme eine vermeintliche Infektion mit Haemophilus influenza und B-Streptokokken festgestellt und sofort eine Antibiose eingeleitet worden wäre, was ein Übergreifen verhindert hätte. Im Übrigen habe die Beklagte zu 1) fehlerhaft den Muttermund nicht untersucht. 7

Im Hinblick auf die stationäre Behandlung ab dem 11.06.2007 seien fehlerhaft keine Maßnahmen zur Diagnose der aufsteigenden Infektion getroffen worden; auch wäre eine 8

Fruchtwasseruntersuchung erforderlich gewesen. Träfe es zu, dass die Klägerin an einem AIS gelitten habe, so hätte die Schwangerschaft aufgrund der damit einhergehenden Gefahren sofort beendet werden müssen.

Der Vorwurf an alle Beklagten geht weiter dahin, dass die Klägerin und der Vater des Kindes, der Zeuge D, keine Chance gehabt hätten, selbst über das Schicksal ihrer Tochter zu entscheiden, vielmehr hätten die Beklagten zu 1) und 2) entschieden. Warum ggf. keine Überlebenschancen bestanden hätten, sei ihnen nicht erklärt worden. Insbesondere mit der Klägerin sei nicht gesprochen, geschweige denn ihr verschiedene Optionen aufgezeigt worden; auch mit dem Zeugen D habe allein die Beklagte zu 1), nie aber der Beklagte zu 2) gesprochen. Auch der vor der Geburt des Kindes hinzugezogene Pädiater habe Überlebenschancen und Risiken für das Kind nicht mit ihnen erörtert. Er habe lediglich behauptet, dass das Kind in der 23. SSW keine Überlebenschance hätte (Bl. 680 R d.A.). Die Klägerin und der Zeuge D hätten sich ggf. dafür entschieden, alles für das Überleben des Kindes, auch mit Behinderungen, zu tun. Psychologische Hilfe habe es nicht gegeben. Hätte die Klägerin gewusst, dass im Krankenhaus Y Frühchen erst ab der 23+1 SSW (Beginn der 24. Schwangerschaftswoche) behandelt werden, hätte sie sich in die Uniklinik Köln verlegen lassen.

Unter der Geburt sei die Verabreichung von Opiaten und Diazepam aufgrund der atemdepressiven Wirkung fehlerhaft gewesen; im Übrigen hätte eine Sectio erfolgen müssen. Aufgrund der Geburt sei das Kind mit Hämatomen übersät gewesen. Nach der Geburt hätten die Beklagten zu 1) und 2) nichts getan und die Eltern allein gelassen. Es seien weder lebenserhaltende noch palliative Maßnahmen ergriffen worden; insbesondere sei das Kind nicht gewärmt worden. Die unterbliebene Abnabelung sei nicht leitliniengerecht gewesen.

Die Klägerin leide bis heute unter einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung (Anpassungsstörung und Depressionen). Sie sei deswegen schon in stationärer psychotherapeutischer Behandlung in einer psychosomatischen Klinik gewesen (11.12.2007 bis zum 15.01.2008) und von September 2007 bis Dezember 2010 regelmäßig psychologisch behandelt worden (Traumatherapie). Mit ihrer Klage macht die Klägerin Ansprüche aufgrund des ihr entstandenen Traumas geltend.

Die Klägerin beantragt,

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie wegen der fehlerhaften geburtshilflichen Behandlung im Jahr 2007 ein angemessenes Schmerzensgeld zzgl. Rechtshängigkeitszinsen zu zahlen;

2. festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin alle materiellen Schäden zu erstatten, die ihr aus der fehlerhaften geburtshilflichen Behandlung im Jahr 2007 entstanden sind und zukünftig entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht infolge sachlicher oder zeitlicher Kongruenz auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden.

Die Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagten treten den Vorwürfen entgegen.

18

Die Beklagte zu 1) behauptet, sie habe der Klägerin am 04.06.2007 empfohlen, den Frauenarzt aufzusuchen, was diese abgelehnt habe. Zu diesem Zeitpunkt habe die Klägerin weder eine Bronchitis noch eine Sinusitis gehabt, sondern eine normale Erkältung. Hierüber sowie über das unauffällige CTG habe die Beklagte zu 1) – was die Klägerin unstreitig stellt (Bl. 187 d.A.) – mit einem Arzt (Dr. I) gesprochen. Am 12.06.2007 sei zwischen der Klägerin, der Beklagten zu 1) und dem Beklagten zu 2) ein ausführliches Gespräch über die Befunde und die Prognose geführt worden; insbesondere seien Möglichkeiten der Lungenreifbildung, evtl. Behinderungen und Alternativen erwogen worden. Im Hinblick auf die Geburt habe die Klägerin ausdrücklich gewünscht, „nichts mitzubekommen“, weshalb entsprechende Medikamente verabreicht worden seien. Nach der Geburt seien die Beklagte zu 1) und eine weitere Ärztin bei der Klägerin gewesen; später sei noch eine evangelische Seelsorgerin hinzugekommen. Das – nicht lebensfähige – Kind sei mit angewärmten Tüchern auf den Bauch der Klägerin gelegt worden, nachdem eine Abnabelung auf Wunsch der Klägerin unterblieben sei.

Die Beklagten zu 2) und 3) behaupten ebenfalls, dass das Kind nicht lebensfähig gewesen sei. Es sei kalt gewesen und habe Leichenflecken aufgewiesen; der Herzschlag sei verlangsamt gewesen (Bradykardie). Vor der Geburt habe der Beklagte zu 2) mit der Klägerin über Chancen und Risiken einer Prolongation der Schwangerschaft und insb. darüber, dass ab der 23+1 SSW Lungenreifenbildungsmaßnahmen ergriffen werden könnten, im Vergleich zu einer sofortigen Schwangerschaftsbeendigung gesprochen. Die Klägerin habe sich das noch gemeinsam mit dem Zeugen D überlegen wollen, sei dann aber sozusagen von der einsetzenden Geburt „überrollt“ worden. Nach Rücksprache mit einem Pädiater habe der Beklagte zu 2) die Klägerin zuvor auch noch darüber aufgeklärt, dass vor der 23+1 SSW eine therapeutische Behandlung nicht erfolgen werde. Nach der Geburt sei eine palliative Versorgung des Kindes, dass mit angewärmten Decken auf die Brust der Mutter gelegt worden sei, erfolgt; ein Arzt und die Beklagte zu 1) seien ständig in der Nähe gewesen. 19

Die Beklagten bestreiten mit Nichtwissen, dass die Klägerin eine schwere psychische Störung erlitten habe und dass diese auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen sei (Bl. 77 d.A.). Sie bestreiten, dass die Klägerin aufgrund der Geburt an einem schweren Trauma mit Anpassungsstörung und Depression bzw. posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) leidet. Mit Nichtwissen bestreiten sie, dass die Klägerin sich von 2007 bis Dezember 2010 in psychotherapeutischer Behandlung befand. Weiter bestreiten sie, dass sie nicht vorher schon an psychischen Auffälligkeiten gelitten habe. 20

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die wechselseitigen Schriftsätze der Parteien sowie die zur Gerichtsakte gereichten Behandlungsunterlagen Bezug genommen. 21

Aufgrund der Beschlüsse vom 26.05.2011 (Bl. 118 ff. d.A.), 02.11.2012 (Bl. 457 f. d.A.), 17.04.2015 (Bl. 704 f. d.A.) und 27.04.2016 (Bl. 795 d.A.) hat die Kammer Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des gynäkologischen Sachverständigen Prof. Dr. C nebst Anhörung in der mündlichen Verhandlung, Einholung eines neonatologischen Gutachtens durch den Sachverständigen Prof. Dr. M nebst mündlicher Erläuterung, Einholung einer amtlichen Auskunft des Dr. W, Vernehmung des Zeugen Prof. Dr. X sowie Anhörung der Beklagten zu 1) und 2) und der Klägerin persönlich. Im Hinblick auf das Ergebnis der Beweisaufnahme wird auf die schriftlichen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C vom 21.07.2011 (Bl. 137 ff. d.A.) und 23.04.2012 (Bl. 407 ff. d.A.), des Sachverständigen Prof. Dr. M vom 11.03.2014 (Bl. 523 ff. d.A.), die schriftliche Auskunft des Dr. W vom 21.09.2015 (Bl. 737 ff. d.A.) sowie auf die Protokolle der mündlichen Verhandlungen vom 14.12.2011 (Bl. 22

229 ff. d.A.), 25.02.2015 (Bl. 677 ff. d.A.) und vom 27.04.2016 (Bl. 793 ff. d.A.) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe	23
Die zulässige Klage ist im erkannten Umfang begründet. Im Übrigen ist sie nicht begründet.	24
I. Die Klägerin hat gegen die Beklagten zu 2) und 3) Ansprüche auf Schmerzensgeld und auf Schadensersatz aus dem zwischen den Parteien geschlossenen Behandlungsvertrag in Verbindung mit §§ 280, 249 ff., 253 Abs. 2, 611 bzw. §§ 823 Abs. 1, 249 ff., 253 Abs. 2 BGB aufgrund der streitgegenständlichen ärztlichen Behandlung.	25
Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme hat die Klägerin ein fehlerhaftes Vorgehen der Beklagten zu 2) und 3) zur Überzeugung des Gerichts beweisen können, § 286 ZPO. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C – die sich die Kammer zu Eigen macht - wurden die Klägerin und ihr damaliger Lebensgefährte als Eltern des noch ungeborenen Kindes in der Zeit vom 11.06.2007 bis zum 13.06.2007 im Haus der Beklagten zu 3) nicht hinreichend über die Aussichten, Möglichkeiten und Behandlungschancen des noch ungeborenen Kindes (wenn diese auch sehr gering waren) aufgeklärt und in die Entscheidung über das weitere Prozedere einbezogen. Es sei geboten gewesen, den mutmaßlichen Willen des ungeborenen Kindes zu ermitteln und dies sei nur über die Eltern möglich (Bl. 231 d.A.).	26
Die Kammer geht nicht davon aus, dass im Juni 2007 eine rechtliche Verpflichtung bestand, jede Frühgeburt in der 23. Schwangerschaftswoche (22+ x SSW) lebenserhaltend zu behandeln, denn bei der Behandlungsentscheidung waren die Überlebenschancen des Frühgeborenen gegen die mit lebenserhaltenden Maßnahmen verbundenen erheblichen Eingriffe in die körperliche Integrität des Frühgeborenen abzuwägen. Aus Sicht der Kammer ist aber zu beanstanden, dass die vorgenannte Abwägung ohne Einbeziehung der Mutter (vgl. BGHZ 106, 153, 157, zitiert nach juris, wonach die Mutter in dieser Phase die natürliche Sachwalterin der Belange des Kindes ist) des (noch) ungeborenen Kindes erfolgte.	27
Der gynäkologische Sachverständige Prof. Dr. C - auf dessen Einschätzung es im Hinblick auf die Frage nach einem fehlerhaften Vorgehen nach dem Grundsatz der fachgleichen Begutachtung entscheidend ankommt - hat in seiner mündlichen Anhörung überzeugend ausgeführt, dass im Jahr 2007 ein gemeinsames Gespräch zwischen den Eltern bzw. der Mutter des noch ungeborenen Kindes, dem Geburtshelfer und einem Neonatologen Behandlungsstandard in einem Perinatalzentrum gewesen sei (Bl. 680 R d.A.). Der neonatologische Sachverständige Prof. Dr. Krüger hat ein solches Gespräch ebenfalls für geboten gehalten, es hingegen nicht als Standard bezeichnet (Bl. 681 d.A.). Selbst wenn angesichts insgesamt kleiner Fallzahlen bei der Frage, inwieweit eine solche Einbeziehung zu erfolgen hat, von einem medizinischen „Standard“, wie in anderen Bereichen der Medizin, nicht gesprochen werden kann, so stellt u.a. die „Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und Deutschen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin“ zur „Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes“ (Stand: 2006) eine Richtungsweisung dar. Hieraus ergibt sich – als Empfehlung –, dass die Eltern in den Entscheidungsprozess einzubeziehen sind und zu diesem Zweck Geburtshelfer und Kinderärzte für Gespräche zur Verfügung stehen. Hinzu tritt das in Art. 6 Abs. 2 GG bzw. § 1626 BGB verbürgte Recht, aber auch die Pflicht der Mutter bzw. der Eltern, für ihr un- bzw. neugeborenes Kind Sorge zu tragen und ggf. Entscheidungen in dessen wohlverstandemem Interesse zu treffen.	28

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Kammer unzureichend, wenn Ärzte die fragliche Entscheidung ohne Einbeziehung der Eltern treffen und die Eltern hierüber nur in Kenntnis setzen. Dies wäre nur dann anders, wenn ein lebenserhaltendes Vorgehen in jedem Falle aussichtslos wäre; hiervon konnte indes auch im Jahr 2007 nicht generell ausgegangen werden. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme war ein Überleben der Tochter der Klägerin zwar unwahrscheinlich, aber auch (ggf. mit schwersten Schädigungen) nicht ausgeschlossen. 29

Um den Eltern und insbesondere der Mutter zu ermöglichen, am Prozess der Entscheidungsfindung für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen bei einer Geburt vor 23+1 SSW teilzuhaben, bedarf es ausreichender Information über die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen ärztlichen Handelns in dieser besonderen Situation. 30

Diese Anforderungen wurden im Haus der Beklagten zu 3) nicht gewahrt. Leitliniengerecht wäre ein gemeinsames Gespräch unter gleichzeitiger Einbeziehung und Führung durch Geburtshelfer und Neonatologen gewesen. Ein solches Gespräch hätte nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C auch dokumentiert werden müssen. Unstreitig hat der Beklagte zu 2) der Klägerin lediglich folgende Optionen zur Wahl gestellt: einen sofortigen Abbruch der Schwangerschaft (ohne lebenserhaltende Maßnahmen) oder ein abwartendes Verhalten unter Antibiose mit dem Ziel, die 24. Schwangerschaftswoche zu erreichen. Dass der Klägerin die Möglichkeit der Durchführung lebenserhaltender Maßnahmen für ihr Kind vorgestellt worden wären für den Fall, dass es vor 23+1 SSW geboren werden sollte (mit allen Risiken und – wenn auch geringen - Chancen) haben die Beklagten zu 2) und 3) nicht hinreichend substantiiert vorgetragen; die Beklagten zu 2) und 3) haben lediglich pauschal behauptet, eine Aufklärung über die Möglichkeit einer Lungenreifebehandlung vor 23+1 SSW sowie über Chancen, Risiken und evtl. Erkrankungen der Tochter und Behandlungsalternativen sei erfolgt (vgl. Bl. 73 d.A.). Dies steht im Widerspruch zu der Dokumentation im Entlassungsbrief vom 13.06.2007 (Originalbehandlungsunterlagen der Beklagten zu 3)), wo festgehalten ist „ausführliches Gespräch mit Pat. über Risiken und Procedere (Lungenreife erst ab 23+1, ...)“ und ist damit unbeachtlich. Nach dem weiteren Beklagtenvortrag habe der Beklagte zu 2) die Klägerin über die Chancen und Risiken der Prolongation der Schwangerschaft informiert (Bl. 58 d.A.). Zudem hat der Beklagte zu 2) in seiner Anhörung am 27.04.2016 (Bl. 793 R und 794 d.A.) erklärt, dass es im Haus der Beklagten zu 3) Praxis und auch tatsächliche Einschätzung gewesen sei, dass es richtig sei, bei Kindern vor 23+1 SSW keine Versuche zu unternehmen, das Kind am Leben zu halten. Weiter hat er im Rahmen seiner Anhörung bekundet, dass er keine Kenntnis davon gehabt habe, dass bzw. wo konkret solche Behandlungsversuche im Juni 2007 durchgeführt worden seien. Auch schriftsätzlich haben die Beklagten zu 2) und 3) vorgetragen, dass die behandelnden Ärzte zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin keine Kenntnis davon hatten, dass Frühgeborene in dem streitgegenständlichen Schwangerschaftsalter in der Universitätsklinik Köln intensivmedizinisch behandelt wurden (Bl. 649 d.A.). 31

Dies in Zusammenschau mit der durch den Beklagten zu 2) in seiner Anhörung im Termin am 14.12.2011 dargestellten damaligen internen Richtlinie der Beklagten zu 3) – mit dem Inhalt, dass erst ab der 24. Schwangerschaftswoche lebenserhaltende Maßnahmen zu ergreifen seien (Bl. 230 R d.A.) - spricht zudem dagegen, dass mit den Eltern und insbesondere mit der Klägerin überhaupt über die – ex ante gegebene – Möglichkeit gesprochen wurde, ihrer Tochter auch in diesem extrem frühen Stadium (bei einer Geburt vor 23+1 SSW) einen Behandlungsversuch zuteilwerden zu lassen. Auch der Vortrag des Beklagten zu 2), er habe die Klägerin – wie damals in allen vergleichbaren Fällen – über die Alternativen einer 32

sofortigen Beendigung der Schwangerschaft oder lebenserhaltender Maßnahmen bei Erreichen der 24. Schwangerschaftswoche aufgeklärt, ist mit dieser internen Richtlinie zwanglos in Einklang zu bringen.

Die weitere Darstellung im Entlassungsbrief vom 13.06.2007 (S. 2 der Originalbehandlungsunterlagen der Beklagten zu 3)), die fragliche Entscheidung, keinen Pädiater zur postpartalen Versorgung des Kindes hinzuzuziehen, sei mit den Eltern abgestimmt gewesen, findet sich dagegen so weder in der sonstigen Dokumentation noch lässt sie sich mit dem Beklagtenvortrag im Übrigen in Einklang bringen.

33

Auch das unstreitig erfolgte Gespräch zwischen der Klägerin mit einem Pädiater aus dem Haus der Beklagten zu 3) vor der Geburt stellte die Behandlungsmöglichkeiten und (wenn auch sehr geringen) Chancen im Fall der Geburt vor 23+1 SSW nicht dar. Die Klägerin trägt vor, ihr sei lediglich mitgeteilt worden, ihr Kind habe keine Überlebenschancen. Die Behandlungsdokumentation gibt über den Inhalt dieses Gesprächs keinen Aufschluss. Die Beklagten zu 2) und 3) haben vorgetragen, dass ihnen ein solches Gespräch nicht bekannt und dies auch in der geburtshilflichen Akte nicht dokumentiert sei (Bl. 358 d.A.). Und selbst nach dem weiteren Vortrag der Beklagten zu 2) und 3) habe deren Rücksprache mit den Pädiatern ergeben, dass frühestens ab 23+1 SSW eine Versorgung im Falle der Geburt erfolgen werde (Bl. 64 d.A.). Damit lässt sich eine umfassende Aufklärung über intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten, Chancen und Risiken bei einer Geburt des Kindes vor 23+1 SSW nicht in Einklang bringen.

34

Folge der unterbliebenen Einbeziehung der Klägerin in die Entscheidungsfindung zum Vorgehen im Hinblick auf die Behandlung bzw. Nichtbehandlung ihrer Tochter ist eine psychische Beeinträchtigung der Klägerin in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Dies steht nach der durchgeführten Beweisaufnahme zur Überzeugung der Kammer fest, § 286 ZPO.

35

Sowohl nach der amtlichen Auskunft des Dr. W (Bl. 737 ff. d.A.) als auch nach der glaubhaften Aussage des Zeugen Prof. Dr. X (Bl. 803 ff. d.A.) wurden im Jahr 2007 sogenannte „Heilversuche“ an derart Frühgeborenen durchgeführt, nicht nur in der Universitätsklinik Köln, sondern auch im Haus der Beklagten zu 3). Damit steht fest, dass sich das fehlerhafte Vorgehen der Beklagten zu 2) und zu 3) auswirkte. Wäre die Klägerin in die Entscheidungsfindung einbezogen worden, hätte sie sich für einen „Heilversuch“ an ihrer Tochter entscheiden können. Wenn das Kind nicht überlebt hätte, hätte die Klägerin nach ihrem nachvollziehbaren Vortrag zumindest das Gefühl gehabt, alles versucht zu haben, um das Leben ihres Kindes zu retten. Ihre psychische Beeinträchtigung beruht darauf, dass sie sich ohnmächtig gefühlt und im Nachhinein erfahren habe, dass anderenorts derart frühgeborene Kinder behandelt werden im Sinne einer Maximaltherapie. Für die Kammer nachvollziehbar hat die Klägerin erklärt, dass - wenn der Tod der Tochter trotz optimaler ärztlicher Bemühungen eingetreten wäre - sie diesen als schicksalhaft hätte akzeptieren können. Auch ein behindertes Kind wäre von ihr angenommen worden.

36

Soweit die Beklagten zu 2) und 3) bestreiten, dass die von Dr. W dargestellten „Heilversuche“ im Haus der Beklagten zu 3) bekannt gewesen seien (Bl. 649 d.A.), haben sie diesen Vortrag nicht beweisen können. Im Gegenteil: Die Beweisaufnahme durch Vernehmung des Zeugen Prof. Dr. X hat ergeben, dass zum damaligen Zeitpunkt 2007 auch in der Klinik der Beklagten zu 3) auf Wunsch der Eltern oder bei erkennbarem Lebenswillen des Kindes derart junge Frühgeborene einer Maximaltherapie zugeführt wurden. Er selbst habe ein Kind in der 17. Schwangerschaftswoche einer Behandlung zugeführt, welches dann überlebt habe. Eine interne Richtlinie, dass Frühgeborene vor der 24. Schwangerschaftswoche per se nicht einer

37

Maximaltherapie zugeführt werden, habe es im Haus der Beklagten zu 3) nicht gegeben. Insoweit hat der Zeuge Prof. Dr. X auf eine von ihm verfasste Publikation aus dem Jahr 2007 verwiesen (F. X, Grenzen des Lebens, Gynäkologe 2007, S. 78 ff., Anlage K 17).

Die Klägerin erlitt durch die unterbliebene Einbeziehung in den Entscheidungsprozess im Hinblick auf ihre Tochter eine posttraumatische Belastungsstörung. Eine solche wird nach ICD-10-WHO F 43.1 wie folgt definiert:

38

„Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F 62.0) über.“

39

Die Klägerin hat in ihrer Anhörung sehr glaubhaft und anschaulich geschildert, wie es ihr im Anschluss an die streitgegenständliche Behandlung im Haus der Beklagten zu 2) ergangen ist. Bereits im Krankenhaus der Beklagten zu 3) habe sie nach der Mitteilung, dass ihre Tochter keine Überlebenschancen habe, Dissoziationen gehabt. Sie habe sich selbst von oben im Bett liegen sehen. In diesem Zustand der Hilflosigkeit – der zwei Tage andauerte - habe sie keinerlei psychologische Unterstützung erfahren. Nach der Geburt ihrer Tochter sei ihr diese auf die Brust gelegt worden. Dort habe sie sie atmen hören, bewegt habe sich ihre Tochter nicht. Sie habe dann miterleben müssen, wie das neugeborene Kind immer blasser und schwächer wurde, insbesondere auch immer weniger atmete bis hin zum Versterben. Im weiteren Verlauf habe sie zunächst unmittelbar am nächsten Abend einen Nervenzusammenbruch erlitten. Sie habe Valium verschrieben bekommen, weil sie erhebliche Panikattacken hatte. Über Monate sei ihr Zustand derart gewesen, dass sie nicht einkaufen und auch einfach nicht mehr rausgehen konnte. Erst im Herbst 2007 habe sie professionelle Hilfe durch eine Psychotherapeutin erhalten. Sie habe ein chronifiziertes Trauma und sehe bis heute ihre Situation im Krankenhaus vor sich. Nach wie vor könne sie solche Räumlichkeiten in einem Krankenhaus nicht betreten. Wenn sie es dennoch tue, müsse sie damit rechnen, dass sie eine Panikattacke mit Herzrasen bekomme. So sei es auch konkret geschehen, als sie noch einmal operiert werden musste. Im Dezember 2007 (bis Mitte Januar 2008) sei sie in stationärer Behandlung in einer psychosomatischen Klinik gewesen, dies habe ihr aber nicht gut getan. Im Jahr 2008 sei sie für einige Monate wieder berufstätig gewesen, habe dies aufgrund ihrer Situation aber nicht fortsetzen können. Zuletzt sei sie Ende 2010 in psychotherapeutischer Behandlung gewesen.

40

Auf Nachfrage hat die Klägerin erklärt, dass sie sicher sei, dass sich ihr Trauma anders und deutlich geringer darstellen würde, wenn man versucht hätte, das Mögliche zu tun. Es sei für sie wie „Folter“ gewesen, zwei Tage in dem Krankenhauszimmer zu liegen in einem Zustand der Hilflosigkeit und in dem Bewusstsein, nichts tun zu können. Davon habe sie damals ausgehen müssen. Es sei ein Gefühl der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins gewesen. 41

Zur Chronifizierung ihres Zustands hat die Klägerin angegeben, dass sie heute grundsätzlich keine Flashbacks mehr habe, allerdings dann schon, wenn sie in eine entsprechende Situation gerate, wie beispielsweise im Verlauf der mündlichen Verhandlung. Dies sei ihr z.B. im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 27.04.2016 auch passiert. Insgesamt sei sie nicht mehr voll belastbar, beruflich und privat. Sie könne Stress nicht mehr aushalten. 42

Die Klägerin ist während ihrer persönlichen Anhörung sichtlich emotional stark berührt gewesen und hat zeitweise geweint. Auch während des gesamten Prozessgeschehens hat sie der Kammer den Eindruck vermittelt, dass sie auch heute noch deutlich unter dem damaligen Geschehen leidet; sie ist zeitweise gedanklich abwesend – fast wie betäubt - erschienen. 43

Nach Einschätzung der Kammer deckt sich dies mit der vorgenannten Definition der posttraumatischen Belastungsstörung. Diese Einordnung findet zudem eine Stütze in den ärztlichen Befunden der Klägerin. Nach dem ärztlichen Attest der Fachärztin für Allgemeinmedizin/Psychotherapie Dr. L vom 28.11.2011 befinde sich die Klägerin in hausärztlicher Behandlung wegen Angst und depressiver Störung, gemischt, G. (F. 41.2G) sowie Posttraumatischer Belastungsstörung (F 43.1G); es bestehe die Möglichkeit, dass die Klägerin in einer akuten Belastungssituation mit einer Panikattacke reagiere (Bl. 241 d.A.). In dem Bericht über ihren stationären Aufenthalt in der Klinik für Psychosomatische Medizin heißt es: „traumatische Erfahrung des Kindsverlusts“ und auch „fortbestehende Trauerreaktion“; Diagnose: Anpassungsstörung und mittelgradige depressive Episode; im Schreiben des Psychologen und Psychiaters Bering: „Posttraumatische Belastungsstörung“. Nach der Behandlungsdokumentation des Psychiaters habe sie der zweitägige Klinikaufenthalt besonders belastet, wo sie sich von ihrer Tochter habe „verabschieden“ sollen und auf deren Tod „gewartet“ habe (unter „Beschwerdebild bei Aufnahme“). Es geht aus den handschriftlichen Notizen der Psychotherapeutin hervor, dass es für die Klägerin ein Problem sei, dass sie ihre Tochter verloren habe und diese „im 6. Monat lebend geboren... ihr wurde nicht geholfen“ worden sei (vgl. im Sonderheft II unter Ziffer 2). 44

Soweit die Beklagtenseite eine psychische Beeinträchtigung der Klägerin durch die fehlende Einbeziehung in die Entscheidungsfindung bestreitet, ist dieses Bestreiten angesichts der klägerseits vorgelegten Behandlungsunterlagen nicht hinreichend substantiiert und nicht erheblich. 45

Die Kammer verkennt bei ihrer Schmerzensgeldbemessung nicht, dass die Klägerin bereits durch den Verlust der Tochter – der nicht kausal auf einem Behandlungsfehler der Beklagten zu 2) und 3) beruht – psychisch belastet war und ist. Sie hält aber die psychische Beeinträchtigung durch die nicht hinreichende Einbeziehung in das Vorgehen im Haus der Beklagten zu 3) und das Gefühl der damit verbundenen Ohnmacht und des Ausgeliefertseins für abgrenzbar von der Trauer über den Tod des Kindes. Dies hat die Klägerin zur Überzeugung der Kammer dargetan. 46

Die Kammer erachtet die Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 15.000,00 € unter Berücksichtigung der für den vorliegenden Fall relevanten Zumessungsgesichtspunkte als angemessen aber auch als ausreichend. Hierbei hat sie vor allem das festgestellte Maß an 47

Beeinträchtigungen der Klägerin sowie auch das Vorgehen der Beklagten zu 2) und 3) berücksichtigt.

Bei einer vergleichenden Einordnung in Fälle mit ähnlichen psychischen Folgen ergangener Rechtsprechung zur Festsetzung der Höhe des Schmerzensgeldes hat das Gericht sowohl eine Entscheidung aus dem Jahr 2010 (vgl. OLG Koblenz, Urteil vom 08.03.2010, Az. 1 U 1161/06, zitiert nach juris: 10.000,00 € bei posttraumatischer Belastungsstörung als zurechenbare Folge eines tätlichen Angriffs), eine aus dem Jahr 2012 (OLG Frankfurt, Urteil vom 19.07.2012, Az. 1 U 32/12, zitiert nach juris, Rn. 14: 15.000,00 € bei posttraumatischer Belastungsstörung aufgrund des Verlusts eines Kindes durch einen Verkehrsunfall) als auch eine aus dem Jahr 2013 (OLG Köln, Urteil vom 03.12.2013, Az. 15 U 191/09, zitiert nach juris: 20.000,00 € bei posttraumatischer Belastungsstörung in Form einer Magersucht als Folge einer Verletzung ihres Sohnes durch einen Verkehrsunfall) berücksichtigt. Bei der vergleichenden Einordnung sowie der Berücksichtigung der hier im Einzelfall vorliegenden Besonderheiten erscheint der festgesetzte Betrag angemessen.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 BGB. 49

Der Feststellungsantrag der Klägerin ist gegenüber den Beklagten zu 2) und 3) zulässig und begründet. Für die von der Klägerin begehrte Feststellung reicht die bloße Möglichkeit weiterer Schäden aus (Reichold in Thomas/Putzo, ZPO, § 256, Rn. 14). Diese ist aufgrund des chronifizierten psychischen Schadens in Form möglicher weiterer Behandlungskosten gegeben. 50

II. Die Klägerin hat hingegen keine Ansprüche gegen die Beklagte zu 1) aufgrund der streitgegenständlichen Behandlung. 51

Ein Fehlverhalten der Beklagten zu 1) am 04.06.2007 ist nicht festzustellen. Zudem hat die Klägerin nicht bewiesen, dass das spätere Geschehen hierauf beruht. Sie hat nicht beweisen können, dass die unterlassene Vorstellung bei einem Arzt durch die Beklagte zu 1) am 04.06.2007 sich zu ihrem Nachteil auswirkte. Mit welcher Wahrscheinlichkeit sich am 04.06.2007 ein reaktionspflichtiger Befund im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung gezeigt hätte, hat der Sachverständige nicht zu beantworten vermocht; dies sei zu spekulativ (Bl. 233 R d.A.). 52

Auch kann die Klägerin der Beklagten zu 1) nicht vorwerfen, dass sie ihr nach dem Blasensprung am 11.06.2007 geraten habe, sich ins Haus der Beklagten zu 3) zu begeben, denn dort befand sich auch damals bereits ein anerkanntes Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe, so dass die Beklagte zu 1) davon ausgehen durfte, dass die Klägerin dort in den besten Händen sein würde. Selbst wenn die Beklagte zu 1) von den internen Richtlinien der Beklagten zu 3), Frühgeborene in diesem Reifestadium generell nicht zu behandeln, gewusst haben sollte, wie die Klägerin behauptet, kann ihr daraus kein Vorwurf gemacht werden: Denn zum einen bestand augenscheinlich die – wenn auch sehr geringe – Hoffnung, die Schwangerschaft der Klägerin doch noch in die 24. Schwangerschaftswoche zu bringen, zum anderen fehlt jeder substantiierte Vortrag der Klägerin dazu, dass der Beklagten zu 1) eine von der Klägerin behauptete andere Praxis im Klinikum der Universität zu P bekannt gewesen wäre. Darüber hinaus hat der Zeuge Prof. Dr. X eine abweichende Praxis im Haus der Beklagten zu 3) auch in Abrede gestellt. 53

Hinsichtlich der Durchführung der vaginalen Entbindung am 13.06.2007 gilt, dass angesichts der getroffenen Entscheidung des Beklagten zu 2), die Tochter der Klägerin nicht vor 23+1 SSW lebenserhaltend zu behandeln, gegenüber der Beklagten zu 1) – ganz abgesehen 54

davon, dass die Kammer insoweit Versäumnisse auch für nicht hinreichend belegt hält – in diesem Zusammenhang keine Vorwürfe dahingehend erhoben werden können, dass das Vorgehen der Beklagten zu 1) oder die auf ärztliche Verordnung hin erfolgte Verabreichung von Medikamenten für die Tochter der Klägerin und damit mittelbar für die Klägerin zusätzlich belastend gewesen wäre.

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 91, 92, 100 Abs. 1 und 4 (in Verbindung mit der sog. Baumbach'schen Formel), 709 Satz 1 ZPO. 55

Streitwert: 20.000,00 € (15.000,00 € + 5.000,00 €) 56