
Datum: 18.09.1995
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 92/93
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:1995:0918.3U92.93.00

Vorinstanz: Landgericht Bochum, 6 O 96/89
Nachinstanz: Bundesgerichtshof, VI ZR 303/95

Tenor:

Auf die Berufung der Beklagten wird das am 3. Februar 1992 [richtig: 1993] verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Bochum abgeändert.

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Kläger kann die Vollstreckung der Beklagten durch Sicherheitsleistung von 35.000,00 DM abwenden, wenn die Beklagten nicht vorher Sicherheit in dieser Höhe leisten. Den Parteien wird nachgelassen, Sicherheit auch durch eine unbefristete und unbedingte Bürgschaft einer deutschen Großbank, öffentlichrechtlichen Sparkasse oder Genossenschaftsbank zu erbringen.

Tatbestand

1

Am 12.3.86 wurde die am 00.00.00 geborene Mutter des Klägers, die mit diesem in der 28. Woche schwanger war, in der Frauenklinik der Beklagten zu 1) stationär aufgenommen. Der Beklagte zu 2), Assistenzarzt, erhub den Aufnahmebefund (KA 1 R.). Er stellte eine "minimale Schmierblutung" und eine Cervixinsuffizienz fest. Als allgemeiner Befund wurden eine Diabetes und eine "erhebliche Varicosis der Beine" festgehalten. Noch am selben Tag unterschrieb die Mutter des Klägers Einwilligungserklärungen hinsichtlich einer Cerclage, die

2

am 14.3.86 durchgeführt wurde. Ebenfalls am 14.3.86 erfolgte ein interhistisches Konsil zur Diabeteseinstellung.

Vom Beginn der stationären Behandlung an wurde eine Tokolyse durchgeführt, zunächst intravenös, dann oral.

Am 18.3.86 meldete sich die Mutter des Klägers gegen 18.00 Uhr wegen Blutungen und des Verdachts auf Fruchtwasserabgang.

Diensthabender Arzt war wiederum der Beklagte zu 2). Er erhob den Befund "regelstarke Blutung, fraglicher Fruchtwasserabgang, Portio 0,5 cm, der Faden unter Spannung" und informierte den Oberarzt A. Dieser ordnete das Verbleiben des Cerclagebandes und eine intravenöse Tokolyse an, um die Blutung zum Stillstand zu bringen. Um 20.00 Uhr wurde bei einer erneuten Untersuchung der Mutter des Klägers, bei der der Beklagte zu 2), der Oberarzt A und der Chefarzt B anwesend waren, eindeutig Fruchtwasserabgang festgestellt. B ordnete die Entfernung des Cerclagebandes an. Die Mutter des Klägers wurde in den Kreißsaal verlegt; der Tokolysetropf wurde entfernt. Die Kinderklinik C wurde verständigt. B und A waren danach nicht mehr im Hause. Um 21.15 Uhr wurde eine Kopfschwartenelektrode angelegt. Der Beklagten zu 2) ertastete neben dem kindlichen Kopf eine Hand. Als fetale Herzfrequenz vermerkte er "Tachycardie um 180". Telefonisch wurde A informiert. Zwischen 22.40 und 23.00 Uhr lag die Mutter des Klägers am Wehentropf. Am 19.3.86 um 0.23 Uhr wurde der Kläger mit unvollkommenem Armvorfall und einmaliger Nabelschnurumwicklung spontan geboren. Sein Gewicht betrug 1.180 Gramm. Es wurden Apgarwerte von 1-4-7 und ein pH-Wert von 7,157 vermerkt.

Der Kläger wurde von dem anwesenden Kinderarzt intubiert und dann in die Universitäts-Kinderklinik C, D-Krankenhaus, verlegt. Der Kläger wies Hämatome am ganzen Körper auf und blutete aus einer Verletzung am Hinterkopf als Folge der Kopfschwartenelektroden. Eine am 19.3.86 durchgeführte erste Ultraschalluntersuchung des kindlichen Schädels zeigte eine intracranielle Blutung Grad III links mit mäßiger Aufweitung des linken Seitenventrikels und Verbreiterung des linken Plexus Chorioideus. Eine weitere Ultraschalluntersuchung am 21.3.86 zeigte eine dritt - bis viertgradige Blutung auf der rechten Seite sowie eine zweitgradige Blutung auf der linken Seite. Zur Entlastung des Hydrocephalus waren mehrere Lumbalpunktionen erforderlich. Nach der Entlassung am 2.6.86 kam es zu rezidivierenden Krampfanfällen, die eine erneute stationäre Behandlung des Klägers im Alter von 5 Monaten erforderlich machten.

Der Kläger ist körperlich und geistig schwer behindert (Cerebralparese mit Paraplegie). Sein Sehvermögen ist weitgehend eingeschränkt, er kann weder selbständig sitzen noch stehen, hat keine Kopfkontrolle und kann nur Laute von sich geben.

Mit der Klage hat der Kläger die Beklagten - und zunächst auch A und B - auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes (Vorstellung: mindestens 250.000,- DM) nebst Zinsen sowie Feststellung ihrer Ersatzpflicht für allen zukünftigen Schaden in Anspruch genommen. Er hat behauptet, aufgrund grob fehlerhaften Geburtsmanagements und unterlassener Befunderhebung sei es zu einem längerdauernden Sauerstoffmangel und zu intracraniellen Blutungen gekommen. Dies sei die Ursache seiner heutigen Behinderungen. Außerdem sei seine Mutter in keiner Weise über die Möglichkeit einer Schnittentbindung aufgeklärt worden, für die sie sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung entschieden hätte.

Gegen A und B ist die Klage vor der mündlichen Verhandlung zurückgenommen worden.

Die Beklagten haben Fehler bei der Durchführung und Leitung der Geburt und hilfsweise auch die Kausalität etwaiger Fehler bestritten und ausreichende Aufklärung behauptet.

Das Landgericht hat nach Einholung eines schriftlichen gynäkologischen Gutachtens des Sachverständigen E und eines mündlichen gynäkologischen Gutachtens des Sachverständigen F die Beklagten als Gesamtschuldner zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von 250.000,- DM nebst Zinsen yerurteilt und auch dem Feststellungsbegehren des Klägers entsprochen. zur Begründung hat es ausgeführt, es sei grob fehlerhaft gewesen, die Entbindung des Klägers nicht durch eine Sectio früher herbeizuführen. Daß dieser grobe Fehler nicht zu den Schäden des Klägers geführt habe, lasse sich nicht feststellen. Auf das Urteil wird wegen weiterer Einzelheiten - auch des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes einschließlich der Anträge – gemäß 543 Absatz 2 ZPO Bezug genommen. 11

Die Beklagten haben Berufung eingelegt. Sie tragen insbesondere vor: 12

Leitung und Durchführung der Geburt des Klägers seien nicht behandlungsfehlerhaft gewesen, insbesondere sei eine frühere Beendigung der Geburt - durch eine Kaiserschnittentbindung nicht geboten gewesen. 13

Das CTG sei nicht falsch ausgewertet worden. Die Wehenaufzeichnung sei wegen der Adipositas der Mutter des Klägers gewesen. Es habe aber bis zur Geburtsbeendigung regelmäßig Palpationen durch die Hebamme gegeben. Dabei habe es keine Warnsignale gegeben. Im übrigen seien CTG-Ableitungen ganz allgemein keine geeignete Richtschnur für ärztliches Handeln. 14

Der Zustand des Klägers unter der Geburt sei keineswegs chronisch gefährdet oder gar dramatisch gewesen. Die Apgarwerte, der - aus der Nabelarterie gewonnener - pH-Wert und andere Laborwerte sprächen dagegen . 15

Fetalblutanalysen seien 1986 im Krankenhaus der Beklagten zu 1) nicht üblich gewesen. Im übrigen belegten die unmittelbar nach der Geburt gewonnenen Laborwerte, daß auch frühere Blutuntersuchungen nicht zu einem anderen Verlauf geführt hätten. 16

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers seien nicht perinatal bedingt. 17

Eine primäre Schnittentbindung aufgrund der internistischen Vorbefunde habe für die Mutter im Falle einer Sectio ein besonderes Risiko bestanden. 18

Die Beklagten beantragen, 19

unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen. 20

Der Kläger beantragt, 21

die Berufung zurückzuweisen. 22

Er wiederholt sein bisheriges Vorbringen und verteidigt das angefochtene Urteil. 23

24

Wegen weiterer Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen gynäkologischen Gutachten des Sachverständigen G (Bl. 477 f.) und eines schriftlichen pädiatrischen Gutachten des Sachverständigen H (Bl. 546 f.). Beide Sachverständige sind zudem mündlich befragt worden, ferner ist eine Zeugin vernommen worden; insoweit wird auf die Berichterstattevermerke vom 1.6.94 (Bl. 499 f.) und 17.5.95 (Bl. 603 f.) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg. Zu Unrecht hat das Landgericht der Klage stattgegeben. Der Kläger hat gegen die Beklagten keinen Anspruch aus 823, 847 BGB auf Ersatz seiner immateriellen Schäden und keinen Anspruch aus 823 BGB oder aus dem Arztvertrag auf Ersatz seiner materiellen Schäden.

1.

Die in der Berufungsinstanz durchgeführte Beweisaufnahme hat im gynäkologischen Bereich das Ergebnis der erstinstanzlichen Beweisaufnahme bestätigt. Auch nach den überzeugenden Ausführungen des gynäkologischen Sachverständigen G steht fest, daß es bei der Leitung und Durchführung der Geburt des Klägers zu ärztlichen Behandlungsfehlern gekommen ist.

Allerdings war nicht von Anfang an eine Sectio geboten. Der Sachverständige hat dargelegt (Bl. 501), daß das Gewicht des Klägers (Geburtsgewicht 1180 g) groß genug war, um eine Geburt zunächst ohne Schnittenbindung zu versuchen. Nach heutigem medizinischem Standard ist eine primäre Sectio bei einem Kindsgewicht unter 1000 g geboten. Bei einem Gewicht über 1500 g wäre eine Sectio unsinnig, weil die Kinder davon nicht mehr profitieren. Dazwischen ist eine "Grauzone", in der jedenfalls eine primäre Sectio nicht absolut indiziert ist.

Auch die Gabe wehenhemmender Mittel war - so der Sachverständige (Bl. 502) - nicht kontraindiziert.

Das von 20. 50 Uhr bis 21. 30 Uhr geschriebene CTG weist jedoch, ebenso wie das ab 23.30 Uhr, hochpathologische Kurvenverläufe auf und hätte Veranlassung zu ärztlichem Eingreifen sein müssen. G hat schriftlich (Bl. 478) wie auch mündlich (Bl. 500 f.) erläutert, daß keineswegs - wie der Beklagte zu 2) vor dem Senat (Bl. 500) gemeint hat - lediglich variable Dezelerationen vorlagen, sondern die Kurvenverläufe nach Art und Ablauf das Bild prolongierter Dezelerationen aufwiesen und auf jeden Fall hochpathologisch waren. Das ist von B, der als Vertreter der Beklagten zu 1) an der Verhandlung vom 1.6.95 teilgenommen hat, im übrigen bestätigt worden. Er hat erklärt (Bl. 501): "Es sind zweifellos Spätdezelerationen drin. Das ist sicher ein auffälliges CTG."

Die pathologische Qualität der CTG-Kurven mußte dem Beklagten zu 2) nach seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand auffallen. Der Sachverständige G hat dies anschaulich in die Worte gekleidet (Bl. 500): "Das CTG von 20.50 Uhr bis 21.30 Uhr weist natürlich keine variablen Dezelerationen auf. Die sehen ganz anders aus, das weiß der Beklagte zu 2) bestimmt auch." Er hat hinzugefügt (Bl. 501): "Wenn ich so ein CTG im Kreißsaal sehe, kriege ich richtig Angst." Daß die von der Hebamme neben dem CTG durchgeführte Herztonüberwachung mittels Stethoskop keine Auffälligkeiten erbrachte, war in diesem

Zusammenhang ohne Bedeutung. G hat nachdrücklich darauf verwiesen, daß ein Stethoskop nicht das CTG ad absurdum führen kann. Das CTG ist die sicherere Aufzeichnung. Das Abhören der Herztöne ist wegen der Überdeckung durch Wehen weitgehend indifferent. Das ist - so der Sachverständige wörtlich - ja gerade der Segen der CTG-Aufzeichnungen, daß diese Indifferenz vermieden wird.

Der Beklagte zu 2) hätte im Zeitpunkt des pathologischen CTG keine Mikroblutgasanalyse veranlassen müssen, die nach den Worten von G "nichts gebracht hätte" (Bl. 502), es stellte sich aber die dringende Frage einer Geburtsbeendigung durch Kaiserschnitt. Als Assistenzarzt konnte der Beklagte zu 2) die Sectio nicht selbständig durchführen, er mußte aber - so der Sachverständige (Bl. 501) - den Oberarzt oder den Chefarzt über die pathologischen CTG-Werte informieren. Das ist nicht geschehen. Wenn er sich dem von ihm zu fordernden medizinischen Standard entsprechend verhalten und die zutreffende CTG-Beurteilung rechtzeitig dem Oberarzt oder Chefarzt mitgeteilt hätte, wäre es spätestens gegen 21.20 Uhr zur Einleitung der nun umgehend notwendigen Entbindung gekommen. Gegen 21.15 Uhr hatte der Beklagte nämlich neben dem kindlichen Kopf eine Hand ertastet und A hiervon telefonisch benachrichtigt. Wie der Sachverständige ausgeführt hat (Bl. 501), ist der Armvorfall an sich nur eine mäßig zwingende Indikation für eine Sectio. Da die Hand neben dem Kopf lag, bestand durchaus die Chance, daß sie wieder zurückrutschen konnte. Wegen der geringen Größe des Klägers ging der Geburtsvorgang auch tatsächlich weiter. Vor dem Hintergrund der vorliegenden pathologischen CTG-Werte war der Armvorfall aber eine weitere Komplikation. Alles andere als eine Sectio wäre spätestens jetzt aus medizinischer Sicht schlechterdings unverständlich gewesen. 34

Der Senat bewertet das Fehlverhalten des Beklagten zu 2) als grob. Der Sachverständige hat keinen Zweifel daran gelassen, daß das CTG gegen 21.20 Uhr nicht nur pathologisch, sondern "auf jeden Fall hochpathologisch" war (Bl. 478). Selbst einem erfahrenen Geburtshelfer wie dem Sachverständigen hätte dieses CTG Angst gemacht (Bl. 501). Es bestand dringender Handlungsbedarf. Das Nichterkennen der pathologischen Auffälligkeiten und die unterlassene Benachrichtigung von Oberarzt oder Chefarzt erscheint aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich; ein solcher Fehler darf dem behandelnden Arzt aus dieser Sicht schlechterdings nicht unterlaufen (BGH NJW 92, 754, 755). 35

Daneben liegt - von den im Rechtsstreit verbliebenen Beklagten allein die Beklagte zu 1) betreffend - ein grober Fehler im Organisationsbereich darin, daß bei einer Risikogeburt wie der des Klägers der Beklagte zu 2) als "Assistenzarzt ab 20.00 Uhr bis zum Geburtsende um 0.23 Uhr allein gelassen worden ist. 36

Diese Einschätzung wird aus medizinischer Sicht nicht nur durch die Feststellungen des Sachverständigen (Bl. 501) bestätigt, sondern auch durch die eigene Erklärung des Chefarztes B vor dem Senat, wobei es sich zweifellos um eine Hochrisikogeburt handelte und üblicherweise in einer derartigen Situation zumindest der Oberarzt dabei ist. Es ist aus objektiver medizinischer Sicht nicht nachzuvollziehen, daß sowohl Oberarzt als auch Chefarzt die Mutter des Klägers noch gegen 20. 00 Uhr untersuchten, dann aber angesichts einer offensichtlichen Risikoschwangerschaft - die Kinderärzte wurden verständigt - beide die Klinik verließen. 37

Auch hierdurch ist die gebotene frühzeitige Geburtsbeendigung durch Sectio verhindert worden. 38

Die Kausalität der unterbliebenen vorzeitigen Geburtsbeendigung durch Kaiserschnitt für die den Klageanträgen zugrunde liegenden Schäden des Klägers läßt sich jedoch nicht 39

feststellen.

Allerdings gibt es nach den überzeugenden Ausführungen des vom Senat hinzugezogenen pädiatrischen Sachverständigen H, der den Kläger auch selbst untersucht hat, keinen vernünftigen Zweifel daran, daß die Behinderungen des Klägers auf eine perinatale Asphyxie zurückzuführen sind (Bl. 562 f.). Das beobachtbare Schädigungsbild mit Tetraspastik und zentraler Amaurose stimmt mit dem zu erwartenden Schädigungsbild nach schwerster perinataler Asphyxie überein. Zudem sind die entsprechenden Veränderungen im Hirn sowohl unmittelbar postpartal durch Ultraschalluntersuchungen und im weiteren Verlauf durch CT-Bilder eindeutig dokumentiert. Ausmaß und Art der in den Befunden beschriebenen Schädigungen erklären das klinische Bild. Ein Geburtstrauma (Hämatome) scheidet als Ursache aus (Bl. 605). Untersuchung und Anamnese durch den Sachverständigen haben keinen Hinweis darauf gebracht, daß bei dem Kläger andere Erkrankungen für die bestehenden Behinderungen ursächlich waren (Bl. 563). 40

Damit steht jedoch nicht fest, daß die unterlassene Geburtsbeendigung durch Sectio zu den durch die perinatale Asphyxie verursachten Schäden geführt hat. H hat vielmehr überzeugend darauf verwiesen, daß zwar die intracerebrale Blutung und die damit verbundene perventrikuläre Minderversorgung des Gehirns durch ausreichend oxygenisiertes Blut die Ursachen der Behinderung sind, daß aber andererseits für die intracerebrale Blutung selbst eine Vielzahl von Ursachen in Betracht kommen (Bl. 564 f.). Denkbare, nicht auszuschließende Ursachen sind zum Beispiel: Unreife des Gehirns aufgrund der extremen Frühgeburtlichkeit, eine mögliche Infektion sowie die für Frühgeborene typische Lungenunreife (die allerdings bei dem Kläger nur mäßig ausgeprägt war). 41

Letztlich hat eine Hirnblutung - wie der Sachverständige bei seiner Anhörung erklärt hat (Bl. 605) - viele Ursachen. Bei sehr kleinen Frühgeburten - wie es der Kläger war - gibt es noch keine Autoregulation des venösen Drucks. Die sehr unreifen Blutgefäße im Gehirn reißen ein oder verstopfen, ohne daß die Mediziner den konkreten Grund hierfür kennen. 42

Der Kläger- kann somit den Beweis der Kausalität des festgestellten Behandlungsfehlers für seine Schäden nicht führen. Auf Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr als Folge der festgestellten besonderen Schwere des ärztlichen Fehlverhaltens kann er sich im vorliegenden Fall nicht berufen. Die Beweiserleichterungen, welche die Rechtsprechung bei groben Behandlungsfehlern gewährt (BGH NJW 754, 755 m.w.N.) sind keine Sanktion für ein besonders schweres Arztverschulden. Sie knüpfen vielmehr daran an, daß die Aufklärung des Behandlungsgeschehens wegen des Gewichts des Behandlungsfehlers und seiner Bedeutung für die Behandlung in besonderer Weise erschwert worden ist, so daß der Arzt nach Treu und Glauben dem Patienten den (vollen) Kausalitätsnachweis nicht zumuten kann. Daraus folgt, daß die Beweiserleichterungen sich nur auf die Reichweite der durch den Fehler verursachten besonderen Aufklärungserschwernisse erstrecken. Sie greifen nicht ein, wenn feststeht, daß der grobe Behandlungsfehler seiner Art nach als Schadensursache nicht in Betracht kommt (BGH NJW 88, 2949). Das ist hier der Fall. Die Sectio war aus geburtshilflicher Sicht - zur Vermeidung einer Vielzahl von Risiken für Mutter und Kind - dringend geboten, die bei dem Kläger konkret aufgetretenen intracerebralen Blutungen, die letztlich zu seinen Schäden geführt haben, waren jedoch in ihrem Eintritt und ihrem Ausmaß dadurch nicht zu beeinflussen. 43

Das Gesamtrisiko des Klägers im Jahre 1986, eine Hirnblutung generell - zu erleiden, betrug nach den Feststellungen von H ohnehin bereits ca. 61 % (Bl. 568). Der Sachverständige hat anhand wissenschaftlicher Untersuchungen (Shaver et al., Malloy et al.) belegt, daß die Sectio bei einem kleinen Frühgeborenen unter 1750 g - der Kläger wog bei seiner Geburt 44

1180 g - nicht zu einer Verringerung dieses Hirnblutungsrisikos führt (Bl. 567 f.). Bei 20 % dieser Frühgeborenen kam es zu einer intraventriculären Blutung binnen 1 Stunde nach der Geburt, bei weiteren 21 % zu einem späteren Zeitpunkt. Die Inzidenz von Blutungen war praktisch gleich bei vaginaler (41 %) und Sectio-Entbindung (44 %). Zwar sind bei vaginaler Entbindung frühe Blutungen häufiger, bei Sectio hingegen späte Blutungen, das Gesamtblutungsrisiko ist jedoch in etwa gleich. Nach den überzeugenden Darlegungen des Sachverständigen schützt eine Schnittentbindung kleine Frühgeborene wie den Kläger nicht gegen eine Spätblutung.

Bei seiner mündlichen Anhörung hat der Sachverständige ergänzt, daß frühe und späte Blutungen zu demselben Ergebnis führen (Bl. 604). Wann die Blutungen des Klägers begonnen haben, ist nicht festzustellen. Aus der Sonographie geht hervor, daß bei dem Kläger zunächst eine kleine Blutung bestand, die sich dann ausgedehnt hat. Auch insoweit gibt es zwischen frühen und späten Blutungen keine Unterschiede. Beide können zunächst begrenzt sein und sich dann ausdehnen (Bl. 605). 45

Der Sachverständige hat schließlich vor dem Senat eindeutig klargestellt (Bl. 604 f.): 46

"Ich habe als Kinderarzt keinen Anlaß zu sagen, daß eine Sectio bei dem Kläger das Risiko von Spätschäden verringert hätte. 47

Erst wenn ein längeres intrauterines Leid vorgelegen hätte, hätte die Sectio etwas gebracht. Dieses Kind ist so zur Welt gekommen, wie es auch bei einer Sectio zur Welt gekommen wäre. Der Geburtshelfer hat - wenn das Unterlassen der Sectio fehlerhaft war - Glück gehabt." 48

Die aus gynäkologischer Sicht hochpathologischen CTG-Kurven widersprechen diesen Feststellungen nicht. H hat unter Bezugnahme auf die 1992 veröffentlichte wissenschaftliche Studie von Jenssen et al. darauf verwiesen, daß ein pathologisches CTG unter der Geburt zwar sehr zuverlässig einen akuten Sauerstoffmangel des Kindes in utero anzeigt, hinsichtlich des postpartalen Hirnblutungsrisikos des Neugeborenen jedoch nur einen geringen prognostischen Aussagewert hat (Bl. 567, 605). Vor dem Senat hat der Sachverständige erläutert (Bl. 604): "Wir haben nichts besseres als das CTG, aber es gibt keine absolute Auskunft." Ergänzend hat er darauf hingewiesen, daß sich der Kläger offensichtlich immer wieder ganz gut erholt hat. Die Laborwerte nach der Geburt sind nicht optimal, sie sind aber - so der Sachverständige - auch nicht im ganz schlechten Bereich. Der Kläger hat eine asphyktische Situation gehabt, aber keine sehr lange. Die ersten Werte in der Kinderklinik passen dazu. Der Kläger hat nicht robust geblutet. Die Geburtswerte (APGAR, pH) lassen den Sachverständigen zu dem Schluß kommen, daß der Kläger nicht so schwer deprimiert war (Bl. 604). Der erste Apgarwert "1" bedeutet natürlich - so der Sachverständige - daß das Kind deprimiert war, aber die mögliche Spanne für den ersten Apgarwert liegt bei einem so kleinen Frühgeborenen wie dem Kläger ohnehin nur zwischen 1 und 5 (Bl. 605). Das dokumentierte Atemnotsyndrom von 1 bis 2 ist kein schwerer Schock. Jedes Frühgeborene hat ein Atemnotsyndrom. Wie der Sachverständige weiter ausgeführt hat (Bl. 605), kann ein anderes Frühgeborenes, das - ohne irgendwelche ärztlichen Versäumnisse - genauso rasch zur Welt kommt, genauso aussehen. 49

Die von dem Kläger vorgelegten Privatgutachten des Sachverständigen I vom 29.12.94 und 24.5.95 (Anlagenhefter) widersprechen den getroffenen Feststellungen nicht. I ist sich mit H einig, daß prinzipiell intracerebrale Blutungen bei Frühgeborenen unterhalb der 30. Schwangerschaftswoche relativ häufig sind und daß die Ursache der Blutungen häufig offenbleiben muß. Ein Kausalzusammenhang hinsichtlich der Schäden des Klägers ist auch 50

nach den Feststellungen von I nicht zu klären, wenn auch das Ausmaß der Schäden über das statistisch zu Erwartende hinausgeht. Einigkeit zwischen den Sachverständigen besteht auch darin, daß die Schäden des Klägers auf eine unmittelbar perinatale Hirnschädigung durch intracranielle Blutungen zurückzuführen sind. Daß I von den als Ursache der Hirnblutungen in Frage kommenden Ursachen die Hypoxie mit Acidose wohl für wahrscheinlicher als andere Ursachenmöglichkeiten hält, läßt die Feststellung von H unberührt, daß die mit Blutungen einhergehende Sauerstoffmangelversorgung des Gehirns durch eine Sectio nicht zu beeinflussen war. Mit dieser - entscheidenden - konkreten Feststellung befassen sich die vom Kläger nachträglich vorgelegten Gutachten von I nicht.

Auch im übrigen war der nachgelassene Schriftsatz vom 11.7.95 nicht geeignet, die dem Senat aus einer Vielzahl von Verfahren bekannte besondere Sachkunde und fachliche Kompetenz des Sachverständigen H generell oder im konkreten Fall in Zweifel zu ziehen. Der Vorwurf, der gerichtliche Sachverständige habe nur das den Krankenunterlagen entnommen, was zur Stützung seiner These dienen könne, ist haltlos. Da sich letztlich nicht klären läßt, worauf die Blutungen zurückzuführen sind, sind Erwägungen über das Für und Wider der von H beispielhaft genannten Ursachenmöglichkeiten nicht relevant. Selbst wenn alle diese Möglichkeiten auszuschließen wären - was nicht der Fall ist - , bleibt es bei der von H wie von I getroffenen Feststellung, daß die Ursache der Blutungen oft mit den heutigen medizinischen Mitteln gar nicht zu klären ist. 51

Entscheidend ist, daß jedenfalls der festgestellte Behandlungsfehler, die unterlassen Sectio, auf Entstehung und Umfang der Blutungen keinen Einfluß gehabt hat. 52

2. 53

Ob die Mutter des Klägers über die Möglichkeit einer primären Sectio hätte aufgeklärt werden müssen, kann dahingestellt bleiben. Es läßt sich auf keinen Fall die Kausalität eines derartigen Aufklärungsversäumnisses feststellen. Selbst wenn sich die Mutter des Klägers dann für die Schnittentbindung entschieden hätte und die Entbindung dadurch früher beendet worden wäre, hätte es zu den jetzigen Schäden des Klägers kommen können (s.o.). Im Rahmen der Aufklärung können dem Kläger Beweiserleichterungen für die Kausalität ohnehin nicht zur Hilfe kommen. 54

3. 55

Die Kostenentscheidung folgt aus§ 91 I ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit aus §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 56

Das Urteil beschwert den Kläger mit mehr als 60.000,00 DM. 57