
Datum: 06.05.1998
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 92/93
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:1998:0506.3U92.93.00

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

Tenor:

Die Berufung der Beklagten gegen das am 3. Februar 1992 (richtig 1993) verkündete Urteil der 6. Zivilkammer des Landgerichts Bochum wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens tragen die Beklagten.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Die Beklagten dürfen die Zwangsvollstreckung des Klägers durch Sicherheitsleistung in Höhe von DM 320.000,00 DM abwenden, wenn nicht der Kläger zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Sicherheit darf auch durch eine unbefristete und unwiderrufliche Bürgschaft einer deutschen Großbank oder einer öffentlichen Sparkasse erbracht werden.

Tatbestand:

Die am 00.00.0000 geborene Mutter des Klägers, die mit diesem in der 28. Woche schwanger war, wurde am 12.03.1986 in der Frauenklinik der Beklagten zu 1) stationär aufgenommen. Der Beklagte zu 2), Assistenzarzt, erhob den Aufnahmebefund. Er stellte eine „minimale Schmierblutung“ und eine Zervixinsuffizienz fest. Als allgemeiner Befund wurden eine Diabetes und eine „erhebliche varicosis der Beine“ festgehalten. Noch am selben Tag

1

2

unterschrieb die Mutter des Klägers Einwilligungserklärungen hinsichtlich einer Cerclage, die am 14.03.1986 durchgeführt wurde. Ebenfalls am 14.03.1986 erfolgte ein internistisches Konsil zur Diabeteseinstellung. Vom Beginn der stationären Behandlung an wurde eine Tokolyse durchgeführt, zunächst intravenös, dann oral.

Am 18.03.1986 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 Kreissaal verlegt, der Tokolysetropf wurde entfernt. Die Kinderklinik C wurde verständigt.

B und A waren anschließend nicht mehr im Hause. Um 21.15 Uhr wurde eine Kopfschwartenelektrode angelegt. Der Beklagte zu 2) ertastete neben dem kindlichen Kopf eine Hand. Als fetale Herzfrequenz vermerkte er „Tachycardie um 180“. Telefonisch wurde A informiert. Zwischen 22.40 Uhr und 23.00 Uhr lag die Mutter des Klägers am Wehentropf.

Am 19.02.1986 um 0.23 Uhr wurde der Kläger mit unvollkommenem Armvorfall und einmaliger Nabelschnurumwicklung spontan geboren. Sein Gewicht betrug 1180 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 in die Universitätsklinik-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 19.03.1986 durchgeführte erste Ultraschalluntersuchung des kindlichen Schädels zeigte eine intracranielle Blutung Grad III links mit mäßiger Aufweitung des linken Seitenventrikel und Verbreiterung des linken Plexus Chorioideus. Eine weitere Ultraschalluntersuchung am 21.03.1986 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 02.06.1986 kam es zu rezidivierenden Krampfanfällen, die eine erneute stationäre Behandlung des Klägers im Alter von fünf 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 DM 250.000,00) nebst Zinsen sowie Feststellung ihrer Ersatzpflicht für allen zukünftigen Schaden in Anspruch genommen.

Der Kläger hat behauptet, auf Grund grob fehlerhaften Geburtsmanagements und unterlassener Befunderhebung sei es zu einem länger dauernden 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 als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn ein der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld, mindestens aber in Höhe von 250.000,00 DM, nebst 4 % Zinsen ab Klagezustellung zu zahlen;

12

festzustellen, daß die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm allen zukünftigen Schaden zu ersetzen, der auf die fehlerhafte Geburtsleitung zurückzuführen ist; soweit nicht Ansprüche auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind.

13

Die Beklagten haben beantragt,

14

die Klage abzuweisen.

15

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

16

Das Landgericht hat nach Einholung eines schriftlichen gynäkologischen Gutachtens des Sachverständigen E und eines mündlichen gynäkologischen Gutachtens des Sachverständigen F die Beklagten zu 1) und 2) als Gesamtschuldner zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von DM 250.000,00 nebst Zinsen verurteilt und auch dem Feststellungsbegehren 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.

17

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die erstinstanzlich gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, auf die Gutachten der Sachverständigen sowie auf das Urteil des Landgerichts Bezug genommen.

18

Hiergegen wenden sich die Beklagten mit der Berufung. Sie haben behauptet:

19

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

20

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

21

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.

22

Fetalblutanalysen seien 1986 im Hause 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.

23

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers seien nicht perinatal bedingt.	24
Eine primäre Schnittentbindung auf Grund der internistischen Vorbefunde habe für die Mutter im Falle einer Sectio ein besonderes Risiko bedeutet.	25
Die Beklagten haben beantragt,	26
unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen.	27
Der Kläger hat beantragt,	28
die Berufung zurückzuweisen.	29
Er hat sein Vorbringen wiederholt und das angefochtene Urteil verteidigt.	30
Wegen weitere Einzelheiten wird auf den Inhalt der zweitinstanzlich gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.	31
Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen gynäkologischen Gutachtens des Sachverständigen G und eines schriftlichen pädiatrischen Gutachten des Sachverständigen H. Beide Sachverständige und eine Zeugin sind mündlich vernommen worden.	32
Auf die schriftlichen Ausführungen des Sachverständigen sowie auf die Berichterstattervermerke vom 01.06.1994 und 17.05.1995 wird Bezug genommen.	33
Der Senat hat sodann das Urteil des Landgerichts abgeändert und die Klage abgewiesen. Er hat im wesentlichen ausgeführt, die Kausalität der unterbliebenen vorzeitigen Geburtsbeendigung durch Kaiserschnitt für die den Klageanträgen zugrundeliegenden Schäden des Klägers ließen sich nicht feststellen. Auf Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr könne sich der Kläger im vorliegenden Fall nicht berufen.	34
Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das Urteil des Senats vom 18. September 1993 Bezug genommen.	35
Auf die Revision des Klägers hat der Bundesgerichtshof das Urteil des Senats aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten der Revision, an den Senat zurückverwiesen.	36
Der Senat hat ergänzend Beweis erhoben durch Einholung eines weiteren Gutachtens des Sachverständigen J. Außerdem hat er die Sachverständigen G, H und J ergänzend mündlich vernommen.	37
Die Parteien haben ihre Anträge wiederholt.	38
Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das schriftliche Gutachten des Sachverständigen J vom 18. August 1997, sowie auf das Protokoll und den Vermerk des Berichterstatters zum Senatstermin vom 18. Februar 1998 Bezug genommen.	39
<u>Entscheidungsgründe:</u>	40

Die Berufung der Beklagten bleibt in der Sache ohne Erfolg. Der Kläger hat gegen die Beklagten einen Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes sowie auf Feststellung gem. §§ 823 Abs. 1, 831, 847 BGB bzw. aus Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages i.V.m. § 278 BGB.	41
1.	42
Die in der Berufungsinstanz durchgeführte Beweisaufnahme hat im gynäkologischen Bereich das Ergebnis der erstinstanzlichen Beweisaufnahme bestätigt. Auch die weitere Beweisaufnahme des Senats hat hier nicht zu anderen Erkenntnissen geführt.	43
a)	44
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.	45
aa)	46
Eine sectio war jedoch nicht von Anfang an geboten. Der Sachverständige hat dargelegt (Bl. 501 GA), daß das Gewicht des Klägers (Geburtsgewicht 1180 g) groß genug war, um eine Geburt zunächst ohne Schnittentbindung zu versuchen. Nach heutigem medizinischem Standard ist eine primäre sectio bei einem Kindsgewicht unter 1000 Gramm geboten. Bei einem Gewicht über 1500 Gramm wäre eine sectio unsinnig. Dazwischen liegt eine "Grauzone", in der jedenfalls eine primäre sectio nicht absolut indiziert ist.	47
Auch die Gabe wehenhemmender Mittel war - so der Sachverständige (Bl. 502 GA) - nicht kontraindiziert.	48
bb)	49
Das von 20.50 Uhr bis 21.30 Uhr geschriebene CTG weist jedoch, ebenso wie das ab 23.30, hochpathologische Kurvenverläufe auf und hätte Veranlassung zu ärztlichem Eingreifen sein müssen.	50
Der Sachverständige G hat überzeugend ausgeführt, daß keinesfalls nur variable Dezelerationen vorlagen, sondern die Kurvenverläufe nach Art und Umfang das Bild prolongierter Dezelerationen aufwiesen und auf jeden Fall hochpathologisch waren. Diese Einschätzung teilt der erstinstanzlich tätige Sachverständige E, der das CTG zu den hier fraglichen Zeiten ebenfalls als hochpathologisch bezeichnet hat (Bl. 238 GA). Auch der Chefarzt der Beklagten zu 1), B, hat das CTG nicht anders gesehen (Bl. 501 GA).	51
Die Gutachter der Gutachterkommission für ärztlich Haftpflichtfragen gebrauchen anders als der Sachverständige G den Begriff der rezidivierenden variablen Dezelerationen (Bl. 39, 42 GA). Ob die Auswertung der CTG-Aufzeichnungen durch diese Begriffsbestimmung deshalb auch inhaltlich von denen der gerichtlichen Sachverständigen überhaupt abweicht, ist fraglich. Beide Gutachter bewerten das CTG in Übereinstimmung mit den gerichtlichen Sachverständigen so, daß zu den fraglichen Zeitpunkten Handlungsbedarf bestand. Der Zweitgutachter hätte als Geburtshelfer prophylaktisch eine Schnittentbindung wegen drohender kindlicher Asphyxie gemacht (Bl. 45 GA); der Erstgutachter hätte jedenfalls die Entscheidung zur Schnittentbindung erneut gestellt (Bl. 39 GA).	52

Daraus entnimmt der Senat, daß auch diese Gutachter unabhängig von der konkreten Wortwahl das CTG jeweils als pathologisch ansehen.

54
Sofern die Gutachter jedoch inhaltlich von den gerichtlichen Sachverständigen abweichen sollten, gäben deren Ausführungen dem Senat jedenfalls keinen Anlaß, an den überzeugenden Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen zu zweifeln. Die Gutachter sind namentlich nicht bekannt; deren Qualifikation ist nicht erkennbar und nicht einschätzbar. Eine konkrete Begründung für die Annahme variabler Dezelerationen ist den Gutachten nicht zu entnehmen.

cc) 55

56
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 GA):

57
„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 GA): „Wenn ich so ein CTG im Kreißsaal sehe, kriege ich richtig Angst“.

58
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 das CTG nicht ad absurdum führen kann, weil das CTG die sicherere Erkenntnisquelle ist. Das Abhören der Herztöne ist wegen der Überdeckung durch Wehen weitgehend indifferent.

59
Ob der Beklagte zu 2) im Zeitpunkt des pathologischen CTG eine Mikroblutanalyse veranlassen mußte, die nach den Worten des Sachverständigen G „nichts gebracht hätte“ (Bl. 502 GA), kann letztlich dahingestellt bleiben. Jedenfalls stellte sich die dringende Frage einer Geburtsbeendigung durch Kaiserschnitt. Als Assistenzarzt konnte und durfte der Beklagte zu 2) weder die Entscheidung zur sectio stellen noch diese durchführen. Er mußte aber nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen den Oberarzt oder den Chefarzt über die pathologischen CTG-Werte informieren. Die nicht sachgerechte Einschätzung der CTG-Kurven - so auch der Sachverständige E (Bl. 253) und mit vorstehender Maßgabe auch die Gutachter der Gutachtenkommission - und die darauf zurückzuführende unterbliebene Information an die Vorgesetzten bedingen den Behandlungsfehler des Beklagten zu 2).

60
Hätte sich der Beklagte zu 2) entsprechend dem von ihm zu fordernden ärztlichen Standard verhalten und die zutreffende CTG- Beurteilung rechtzeitig dem Oberarzt oder dem Chefarzt mitgeteilt, wäre es spätestens gegen 21.20 Uhr zur Einleitung der nun umgehend notwendigen Entbindung gekommen. Gegen 21.15 Uhr hatte der Beklagte zu 2) nämlich neben dem kindlichen Kopf eine Hand ertastet und A hiervon telefonisch unterrichtet. Wie der Sachverständige ausgeführt hat, ist der Armvorfall ansich 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.

b) 61

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 GA). Selbst einem erfahrenen Geburtshelfer wie dem Sachverständigen hätte dies CTG Angst gemacht. Es bestand dringender Handlungsbedarf. Das Nichterkennen der pathologischen Auffälligkeiten und die unterlassene Benachrichtigung der Vorgesetzten erscheint aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich; ein solcher Fehler darf dem behandelnden Arzt aus seiner Sicht schlechterdings nicht unterlaufen.

c) 63

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 die des Klägers der Beklagte zu 2) als Assistenzarzt ab 20.00 Uhr bis zum Geburtsende um 0.23 Uhr allein gelassen wurde. Diese Einschätzung wird aus medizinischer Sicht nicht nur durch die Feststellungen des Sachverständigen G bestätigt, sondern auch durch die eigene Erklärung des Chefarztes B vor dem Senat, nach der es sich zweifellos um eine Hochrisikogeburt handelte und üblicherweise in einer derartigen Situation zumindest der Oberarzt dabei ist. Es ist aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich, daß sowohl der Oberarzt als auch der Chefarzt die Mutter des Klägers noch gegen 20.00 Uhr untersuchten, die Umstände zutreffend als Hochrisikogeburt einschätzten und dann trotz dieser Sachlage die Klinik verließen und den Kläger und seine Mutter samt dem Beklagten zu 2) ihrem Schicksal überließen. Auch hierdurch ist die gebotene frühzeitige Geburtsbeendigung durch sectio verhindert worden.

d) 65

Vorstehende Rechtsauffassung hat der Senat bereits in seinem Urteil vom 18.09.1993 vertreten, der Bundesgerichtshof hat diese Auffassung des Senats insoweit gebilligt. Der Senat hatte auch nach nochmaliger Überprüfung und auf Grund der ergänzenden Beweisaufnahme keinen Grund, eine andere Bewertung vorzunehmen.

2. 67

Die groben Behandlungsfehler führen zu einer Umkehr der Beweislast. Eine Haftung der Beklagten scheidet danach nur dann aus, wenn es gänzlich bzw. äußerst unwahrscheinlich ist, daß der Fehler zum Schadenseintritt beigetragen hat (BGH NJW 1995 Seite 778; .Seite 1611, 1612). Zum Ausschluß der Beweislastumkehr für den gesamten Kausalzusammenhang kommt es dabei nicht schon dann, wenn die Alleinverursachung äußerst unwahrscheinlich ist, sondern nur dann, wenn jeglicher Ursachenbeitrag äußerst unwahrscheinlich ist. Jede Mitursächlichkeit genügt, um dem Schädiger den gesamten Schaden zuzurechnen, wenn nicht feststeht, daß sie nur zu einem abgrenzbaren Teil des Schadens geführt hat (BGH NJW 1997, Seite 796 f.).

Diesen ihnen obliegenden Beweis haben die Beklagten nicht erbracht. Auf Grund der ergänzenden Beweisaufnahme kommt der Senat anders als in seiner vorbezeichneten Entscheidung zu der Überzeugung, daß es nicht gänzlich oder äußerst unwahrscheinlich ist, daß die Behandlungsfehler der Beklagten den Schaden des Klägers (mit-)ursächlich herbeigeführt haben.

a) 70

71

Unter allen Gutachtern besteht zunächst Einigkeit darüber, daß die Behinderungen des Klägers auf eine perinatale Asphyxie zurückzuführen sind. 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 72
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. Untersuchung und Anamnese durch den Sachverständigen H haben keinen Hinweis darauf erbracht, daß bei dem Kläger andere Erkrankungen für die bestehenden Behinderungen ursächlich waren.

Diese Überzeugung des Senats hat sich durch die ergänzende Beweisaufnahme weiter 73
verfestigt. Denn auch der Sachverständige J kommt zu dem Ergebnis, daß das Bild der ausgeprägten Tetraspastik auf eine hypoxisch-ischämische Hirnschädigung zurückzuführen ist und die Hirnschädigungen perinatal bedingt sind (Bl. 714, 715, 722 GA).

b) 74

Die Wahrscheinlichkeit, daß diese Schäden durch die Behandlungsfehler der Beklagten 75
verursacht wurden, ist zumindest nicht äußerst oder gänzlich unwahrscheinlich.

aa) 76

Der Erstgutachter der Gutachtenkommission kommt zu dem Ergebnis, daß die die Schäden 77
des Klägers bedingende Hirnblutung bei der zu erwartenden Unreife durch eine Schnittentbindung zwar keineswegs auszuschließen gewesen wäre, sich jedoch die Gefahr einer solchen Komplikation durch diesen Eingriff deutlich hätte senken lassen (Bl. 40 GA) . Zu dieser Einschätzung kommt wohl auch der Zweitgutachter (Bl. 45, 46 GA); jedenfalls versteht der Senat dessen Ausführungen so, daß der Kläger durchaus die Chance besaß, bei rechtzeitiger Schnittentbindung ohne Schäden geboren zu werden und gesund zu verbleiben.

bb) 78

Auch der gynäkologische Sachverständige E sieht in der protahierten Asphyxie einen 79
wesentlichen Ursachenbeitrag für den heutigen Zustand des Klägers (Bl. 245 GA) . Der Sachverständige F ging bei seiner Vernehmung davon aus, daß der Kläger bei einem rechtzeitigen Kaiserschnitt zu 50 % gesund geboren worden wäre (Bl. 330 GA). Der Sachverständige G hat sich nicht in der Lage gesehen zu sagen, ob die Schäden des Klägers durch die Geburt bedingt sind oder nicht (Bl. 502 GA). Das impliziert jedoch die Möglichkeit, daß die ärztlichen Fehler ursächlich für die Schädigung waren oder - umgekehrt - die offenbar nicht nur theoretische Möglichkeit, daß der Kläger ohne ärztliche Fehlleistungen im Zusammenhang mit der Geburt und rechtzeitiger Schnittentbindung gesund geboren und geblieben wäre.

cc) 80

Der pädiatrische Sachverständige J kommt in Übereinstimmung mit den gynäkologischen 81
Gutachtern zu dem Ergebnis, daß eine vorzeitige, in der ersten Phase der kindlichen intrauterinen Bedrängnissituation durchgeführte Schnittentbindung Schaden vom Kläger abgewendet oder aber in seinem Ausmaß erheblich minimiert hätte (Bl. 722) GA.

dd) 82

Die erneute Vernehmung des Sachverständigen H vor dem Senat hat zu der Erkenntnis geführt, daß der Sachverständige im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 17.05.1995 mißverstanden worden ist. Die Auffassung des Senats im Urteil vom 18.09.1995, die Kausalität der unterbliebenen vorzeitigen Geburtsbeendigung durch Kaiserschnitt für die den Klageanträgen zugrunde liegenden Schäden des Klägers nicht feststellen zu können, ist deshalb nicht mehr aufrecht zu erhalten. Sie beruhte im wesentlichen auf den Ausführungen des pädiatrischen Sachverständigen H, der im Senatstermin vom 17.05.1995 zu der zusammenfassenden Aussage kam, der Kläger sei so zur Welt gekommen, wie er auch bei einer sectio zur Welt gekommen wäre. Der Geburtshelfer habe, wenn das Unterlassen der sectio fehlerhaft war - Glück gehabt. Der Sachverständige hat jedoch diesen Ausführungen einen anderen Sinn beimessen wollen, als den, daß die Behandlungsfehler der Beklagten ohne Einfluß auf den Gesundheitszustand des Klägers geblieben seien.	83
Der Sachverständige H hat bei seiner ergänzenden Vernehmung ausgeführt, die entstandene Schädigung beruhe meist auf einer Kombination von Umständen aus der gesamten Zeit um die Geburt herum, so daß sowohl ante- und postnatale, aber auch Faktoren aus der eigentlichen Geburtsphase ursächlich geworden seien. Auf ausdrückliches Befragen hat der Sachverständige nunmehr klargestellt, daß man nicht sagen könne, ob der Kläger eventuell zwei Stunden vorher, also bei entsprechend früher durchgeführter Schnittentbindung einen besseren Zustand gehabt hätte. Für ihn seien zwar keine sicheren Schlüsse zur Frage der Ursache der Hirnblutung möglich, er könne aber auch nicht aus schließen, daß die bedrängte Situation des Klägers unter der Geburt, die durch eine rechtzeitige sectio beseitigt worden wäre, Ursache der Schädigung war.	84
Nach Auffassung des Senats sind diese Aussagen Hs in sich widerspruchsfrei. Sie fügen sich ohne weiteres in die früheren mündlichen Äußerungen und in die im schriftlichen Gutachten geäußerte Auffassung ein, die unterlassene Schnittentbindung sei auf keinen Fall monokausal oder auch nur als wesentliche Ursache für die Entwicklung der Hirnblutung zu werten. Einheitlich ergibt sich daraus die Überzeugung des Sachverständigen, daß die Geburtsumstände und damit die Behandlungsfehler der Beklagten zumindest mitursächlich für die Schäden des Klägers sein können und zumindest eine reelle Möglichkeit und nicht nur eine theoretische Chance bestand, daß der Kläger ohne die ärztlichen Fehler heute gesund wäre.	85
ee)	86
Der Senat sieht auch keine Widersprüche unter den Sachverständigen, die Anlaß zu weiterer Sachaufklärung geben könnten. Alle Sachverständige kommen letztlich übereinstimmend zu dem für den Senat nachvollziehbaren und überzeugenden Ergebnis, daß der Kläger zumindest eine reelle Chance hatte, bei rechtzeitiger Schnittentbindung ohne Schäden gesund zur Welt zu kommen und auch gesund zu bleiben. Bereits deshalb ist der den Beklagten obliegende Beweis nicht geführt. Die insbesondere zwischen den Sachverständigen H und J verbleibenden Divergenzen beziehen sich letztlich auf die nicht mehr entscheidungserhebliche Frage, welchen Grad an Wahrscheinlichkeit die Behandlungsfehler der Beklagten für die Schäden des Klägers hatten bzw. in welchem Umfang mütterliche und kindliche Faktoren mitursächlich waren.	87
3.	88
Den Kläger zu 1) steht ein Schmerzensgeld jedenfalls in der durch das Landgericht ausgerichteten Höhe zu. Der Kläger ist seit seiner Geburt schwerstbehindert und in seiner Lebensführung fast vollständig beschränkt. Er kann nicht einmal selbständig sitzen noch	89

stehen und allenfalls nur Laute von sich geben. Sein Sehvermögen ist weitgehend eingeschränkt. Der Kläger wird sein Leben lang ein Pflegefall bleiben.

4.	90
Der Feststellungsantrag ist ebenfalls zulässig und begründet.	91
5.	92
Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO.	93
6.	94
Das Urteil beschwert die Beklagten mit mehr als 60.000,00 DM.	95
