
Datum: 30.01.2008
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 71/07
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2008:0130.3U71.07.00

Vorinstanz: Landgericht Dortmund, 4 O 96/04

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird das am 08.03.2007 verkündete Urteil der 4. Zivilkammer des Landgerichts Dortmund abgeändert:

1.

Der Beklagte wird verurteilt, an den Kläger ein Schmerzensgeld von 175.000,00 Euro nebst 4 % Zinsen seit dem 01.06.2004 zu zahlen.

2.

Es wird festgestellt, dass der Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger allen materiellen sowie derzeit noch nicht vorhersehbare weitere immaterielle Schäden zu ersetzen, die auf die fehlerhafte ärztliche Betreuung vor seiner Geburt am 24.03.1997 in dem Belegkrankenhaus des Beklagten zurückzuführen sind, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.

3.

Im Übrigen bleibt die Klage abgewiesen. Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.

4.

Die Kosten des Rechtsstreits tragen der Kläger zu 10 % und der Beklagte zu 90 %.

5.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Dem Beklagten wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht der Kläger zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

6.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

1

I.

2

Der am #####1997 geborene Kläger verlangt von dem Beklagten –einem niedergelassenen Gynäkologen und früheren Belegarzt der Privatklinik K im K2 – die Zahlung von Schmerzensgeld (Kapitalbetrag von mindestens 150.000,00 Euro nebst einer Schmerzensgeldrente von monatlich 250,00 Euro seit dem 01.04.1997) sowie nach Umstellung seiner Anträge die Feststellung der Ersatzpflicht für alle materiellen und etwaige weitere immaterielle Schäden wegen fehlerhafter ärztlicher Behandlung im Zusammenhang mit seiner Geburt.

3

Die Mutter des Klägers (geb. am #####1967) war seit dem Jahre 1991 in gynäkologischer Behandlung des Beklagten und hatte vor der streitgegenständlichen Schwangerschaft in den Jahren 1987 bis 1993 drei Kinder geboren. Ferner waren wegen Veränderungen am Muttermund im Jahre 1995 zweimal Konisationen durchgeführt worden. Im Spätherbst 1996 stellte sich die Kindesmutter wegen einer erneuten Schwangerschaft beim Beklagten vor, der bis März 1997 verschiedene Behandlungen im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung sowie einer Krebsvorsorgeuntersuchung bei ihr vornahm.

4

Am 13.03.1997 begab sich die Kindesmutter notfallmäßig in die Praxis des Beklagten, wobei dort ein fast vollständiges Fehlen des Fruchtwassers festgestellt wurde. Mit dem Verdacht auf vorzeitigem Blasensprung in der 23. Schwangerschaftswoche (= SSW) wies der Beklagte sie in die nahe gelegene Privatklinik K ein, wo er als Belegarzt neben anderen Belegärzten über Belegbetten verfügte. Der stationäre Aufenthalt der Kindesmutter dauerte bis zum 28.03.1997.

5

Nach der stationären Aufnahme erfolgte eine Lungenreifebehandlung und es wurden in den folgenden Tagen diverse CTG bzw. Tokogramme abgeleitet. Ab dem 15.03.1997 wurde eine regelmäßige Tokolyse durchgeführt bis zum Morgen des 24.03.1997. Es erfolgten jedenfalls ab dem 14.03.1997 auch mehrfache Bestimmungen des CRP-Wertes in einem auswärtigen Labor, wobei die Werte bis zum 21.03.1997 jeweils unter 0,5 mg/dl lagen. Am Wochenende vom 22./23.03.1997 erfolgte – wie am vorangegangenen Wochenende – keine CRP-Messung bei der Patientin.

6

Weiterhin wurden der Kindesmutter im Verlauf des Aufenthaltes verschiedene Medikamente zur Antibiose ohne vorangegangenes Antibiogramm verabreicht.

7

Am 21.03.1997 – einem Freitag - wurde der Beklagte davon informiert, dass bei der Kindesmutter mehrmals Temperaturen um 38 Grad gemessen worden waren.

8

Am 22.03.1997 wurde durch den Beklagten eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt, wobei die ermittelten Werte des Feten ein Gewicht von unter 500 Gramm zeigten. Ferner notierte der Beklagte einen Leukozytenwert von 19.000 sowie weitere Untersuchungsbefunde.	9
Am 23.03.1997 meldete sich die Kindesmutter gegen Mittag beim Pflegepersonal mit regelmäßigen Schmerzen alle fünf Minuten, die in der Folge stärker wurden. Hiervon sowie vom Ansteigen der gemessenen Temperaturen auf über 39 Grad in der Zeit ab ca. 13.00 Uhr wurde der Beklagte ausweislich der Unterlagen informiert. Neben dem Fortsetzen der Antibiose ordnete der Beklagte ferner das Fortsetzen der Tokolyse an.	10
Im weiteren Verlauf des Tages kam es zu weiteren Temperaturmessungen von deutlich über 39 Grad achsial, ferner zum Schwitzen und Frieren der Kindesmutter sowie zu weiteren Meldungen aufgrund von Bauchschmerzen.	11
In den Nacht- und Morgenstunden des 24.03.1997 wurde zunächst auf Anordnung der Assistenzärztin Dr. X und später auf Anordnung des Beklagten die Tokolyse fortgesetzt. In den frühen Morgenstunden wurde ferner ein CTG abgeleitet und am 24.03.1997 erfolgte eine erneute Untersuchung des CRP-Wertes, der mit 11,4 mg/dl ermittelt wurde; unter 15.00 Uhr ist im Verlaufsbogen des 24.03.1997 außerdem ein Leukozytenwert von 23.900 notiert.	12
Gegen 11.30 Uhr kam es zu einer Schmerzzunahme bei der Kindesmutter und zu vaginalen Blutungen. Daraufhin wurde die Assistenzärztin Dr. X sowie der Beklagte informiert. Gegen 11.35 Uhr wurde die Verlegung der Kindesmutter in den Kreißsaal veranlasst und ca. gegen 11.45 Uhr wurde die Kinderklinik informiert.	13
Etwa zeitgleich kam es zur Spontangeburt des Klägers, wobei als Apgar-Werte 4,5,7 niedergelegt sind. Das Kind wurde abgesaugt und mit Sauerstoff bebeatet. Das Geburtsgewicht betrug laut Bericht des Krankenhauses K2 (Kinderklinik) 580 Gramm.	14
Um 11.50 Uhr war sodann Dr. M anwesend und um 11.55 Uhr trafen die Ärzte der verständigten Kinderklinik ein und übernahmen die Behandlung des Klägers, wobei wegen der Einzelheiten auf den Bericht der D Kinderklinik vom 23.07.1997 Bezug genommen wird.	15
Der Beklagte hat unter dem 24.03.1997 in seiner Karteikarte zur Geburt dokumentiert:	16
Spontan Partus eines Jungen aus Schädellage. Das Kind atmet, KHT um 180!	17
11.45 Uhr Übernahme des Kindes vom OA der MKK-Verlegung.	18
Gegen 12.45 Uhr wurde sodann der Kläger in die Kinderklinik (pädiatrische Intensivstation) verlegt, wo er bis zum 28.06.1997 verblieb und über einen Zeitraum von insgesamt 51 Tagen kontrolliert beatmet wurde. Anschließend wurde der Kläger auf einer Allgemeinstation der D Kinderklinik sowie in der kinderchirurgischen Klinik der D2 Kliniken bis zum 22.08.1997 weiter behandelt.	19
Neben weiteren Krankheitsbefunden wurden beim Kläger ein Amnioninfektionssyndrom sowie eine Sepsis und postpartal eine Hirnblutung (IV. Grades rechtsseitig und I. Grades linksseitig) festgestellt.	20
Der Kläger ist heute zu 100 % schwerbehindert und leidet unter fokaler Epilepsie mit sekundärer Generalisation, spastischer linksbetonter Triparese sowie deformierten Gelenken und Füßen (bei erheblicher bindegewebiger Veränderung). Ferner bestehen ausgeprägte Sprachentwicklungsstörungen, Zustand nach infantilen Krampfanfällen, wobei der Kläger	21

heute unter Medikation weitestgehend anfallsfrei ist sowie allgemeine stato- und psychomotorische Entwicklungsretardierungen.

Der Kläger hat behauptet, dass die Behandlung des Beklagten in verschiedenen Punkten vor und während der Schwangerschaft grob fehlerhaft gewesen sei, insbesondere während der stationären Behandlung der Kindesmutter ab dem 13.03.1997. 22

Er hat die Auffassung vertreten, dass der Beklagte zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von mindestens 150.000,00 Euro sowie einer zusätzlichen Schmerzensgeldrente von monatlich 250,00 Euro ab April 1997 verpflichtet sei. Ferner hat der Kläger in erster Instanz einen materiellen Schadensersatzanspruch wegen vermehrter Bedürfnisse für die Zeit bis April 2004 in Höhe von 155.100,00 Euro wegen eines täglichen Mehraufwandes von sechs Stunden bei einem Stundensatz von 10,00 Euro geltend gemacht. 23

Der Kläger hat beantragt, 24

1. den Beklagten zu verurteilen, an den Kläger zu zahlen, 25

a) 26

ein der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeldkapital, mindestens jedoch 150.000,00 Euro, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 01.05.2004, 27

b) 28

beginnend mit dem 01.04.1997, fällig bis zum 3. eines jeden Kalendermonats und der Abänderung nach § 323 ZPO unterliegend, eine monatliche Schmerzensgeldrente in Höhe von 250,00 Euro, 29

c) 30

ferner an materiellem Schaden 155.100,00 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 01.05.2004, 31

2. 32

festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger allen materiellen und, soweit derzeit noch nicht vorhersehbar, weiteren immateriellen Zukunftsschaden aus Anlass seiner Geburt vom #####1997 zu ersetzen, soweit, bezogen auf den materiellen Schaden, ein öffentlich-rechtlicher Forderungsübergang nicht stattfindet. 33

Der Beklagte hat beantragt, 34

die Klage abzuweisen. 35

Der Beklagte hat jeglichen Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Betreuung der Kindesmutter und des Klägers in Abrede gestellt. 36

Das Landgericht hat die Klage nach Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. N sowie mündlicher Anhörung des Sachverständigen abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass dem Kläger der ihm obliegende Nachweis nicht gelungen sei, dass es bei der Behandlung der Kindesmutter und seiner eigenen Behandlung zu Behandlungsfehlern gekommen sei, die zu kausalen Schäden geführt hätten. 37

Zwar habe es mehrere Behandlungsfehler nach den Angaben des Sachverständigen im Rahmen der Behandlung im Belegkrankenhaus des Beklagten gegeben, jedoch könne nicht mit der gebotenen Sicherheit festgestellt werden, dass ein Behandlungsfehler für eine konkrete Gesundheitsschädigung ursächlich geworden sei. Angesichts der erheblichen Frühgeburtlichkeit könne nicht ausgeschlossen werden, dass ein Gesundheitsschaden bei fehlerfreier Behandlung nicht ebenfalls in gleicher Weise eingetreten wäre. Eine Beweislastumkehr wegen eines groben Behandlungsfehlers könne zugunsten des Klägers nicht angenommen werden.	38
Auf die tatsächlichen Feststellungen in dem angefochtenen Urteil wird gemäß § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO Bezug genommen.	39
Mit der Berufung verfolgt der Kläger unter Wiederholung, Vertiefung und Ergänzung seines bisherigen Vortrages sein Begehren weiter. Insbesondere beruft er sich darauf, dass die Nichtverlegung der Kindesmutter in ein Perinatalzentrum jedenfalls ab dem Auftreten von Infektionszeichen und bei fehlender Kontrollmöglichkeit am Wochenende grob fehlerhaft gewesen sei. Eine optimale Versorgung der Hochrisikoschwangerschaft sei in dem Belegkrankenhaus des Beklagten von vornherein nicht gewährleistet gewesen. Die Kindeseltern seien auch nicht über die Möglichkeit einer Verlegung und deren Vorteile aufgeklärt worden. Ferner sei die Fortsetzung der Tokolyse nach Auftreten von Fieber kontraindiziert gewesen, aber gleichwohl seien entsprechende Anordnungen des Beklagten erfolgt und umgesetzt worden. Neben weiteren einzelnen Mängeln beanstandet der Kläger besonders, dass das Gesamtmanagement der Behandlung dieses Hochrisikofalles in dem dafür nach sachlicher und personeller Ausstattung unzureichenden Belegkrankenhaus des Beklagten vorwerfbar fehlerhaft gewesen sei, obgleich nach den eigenen Angaben des Beklagten beim Landgericht eine Überlebenschance des Klägers bestanden habe, da er lebensfähig und gut entwickelt gewesen sei.	40
Nach dem Prozesskostenhilfebeschluss des Senates vom 18.06.2007 und den darin geäußerten Bedenken zum bisherigen Antrag auf Zahlung eines Pflegemehrbedarfs als bezifferter materieller Schaden hat der Kläger im Termin vom 21.11.2007 klargestellt, dass er diesen bisherigen Antrag zu Ziffer 1c) nunmehr zum Gegenstand seines Feststellungsbegehrens mache und damit sämtliche materiellen Schäden nunmehr nur mit diesem Antrag im vorliegenden Verfahren verfolge.	41
Der Kläger beantragt danach,	42
unter Abänderung des angefochtenen Urteils,	43
1.	44
den Beklagten zu verurteilen, an ihn zu zahlen	45
a)	46
ein der Höhe nach in das Ermessen des Senats gestelltes Schmerzensgeldkapital, mindestens jedoch 150.000,00 Euro, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 01.05.2004,	47
b)	48
beginnend mit dem 01.04.1997, fällig bis zum 3. eines jeden Kalendermonats und der Abänderung nach § 323 ZPO unterliegend, eine monatliche Schmerzensgeldrente in Höhe	49

von 250,00 Euro, die bis April 2004 fälligen Schmerzensgeldrenten jeweils nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 01.05.2004, die seit dem 01.05.2004 bis zum 01.06.2007 fälligen Schmerzensgeldrenten nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 01.07.2007,

2.	50
festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, ihm allen materiellen und, soweit derzeit noch nicht vorhersehbar, weiteren immateriellen Zukunftsschaden aus Anlass seiner Geburt vom 24.03.1997 zu ersetzen, bezogen auf den materiellen Schaden, ein öffentlich-rechtlicher Forderungsübergang nicht stattfindet.	51
Der Beklagte beantragt,	52
die Berufung zurückzuweisen.	53
Er verteidigt das angefochtene Urteil und macht geltend, dass die Nichtverlegung der Kindesmutter damals im Jahre 1997 kein Behandlungsfehler gewesen sei. Demgemäß habe auch keine Erörterung der Verlegungsfrage erfolgen müssen. Auch die sonstigen Punkte würden jedenfalls keinen groben Behandlungsfehler rechtfertigen.	54
Nach Vorlage der gutachterlichen Stellungnahme von Prof. Dr. N vom 27.10.2007 hat der Beklagte mit Schriftsatz vom 15.11.2007 noch ergänzend geltend gemacht, dass der Verlauf der gutachterlichen Bewertung im Rahmen des Verfahrens die Annahme nahe lege, dass es sich um eine Ex-Post-Betrachtung und Bewertung nach langer Auseinandersetzung mit einer schwierigen Materie handele. Es müsse jedoch berücksichtigt werden, dass die Bewertung durch einen durchschnittlichen Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in 1997 in dieser Klarheit nicht gegeben war. Außerdem führt der Beklagte weiter aus, dass für die Klärung der Kausalitätsfrage – ob möglicherweise einzelne Schädigungen bereits unveränderbar intrauterin erworben und nicht mehr vermeidbar waren – wohl ein neonatologisches Gutachten geboten sei.	55
Wegen der weiteren Einzelheiten des zweitinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und die beigezogenen Behandlungsunterlagen Bezug genommen.	56
Der Senat hat die Eltern des Klägers und den Beklagten angehört und ferner eine gutachterliche Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. N vom 27.10.2007 (vgl. Bl. 534 bis 541 GA) zu den Punkten 1 bis 7 der Terminsverfügung vom 25.06.2007 eingeholt und den Sachverständigen ergänzend im Senatstermin angehört. Wegen des Ergebnisses der Anhörungen wird auf den Berichterstattevermerk zum Senatstermin vom 21.11.2007 Bezug genommen.	57
II.	58
Die Berufung des Klägers ist im Rahmen der gestellten Anträge überwiegend begründet.	59
Der Kläger hat einen Anspruch gegen den Beklagten auf Zahlung von Schmerzensgeld sowie auf Feststellung der Ersatzpflicht für alle materiellen Schäden sowie der weiteren zukünftigen immateriellen Schäden aus der fehlerhaften ärztlichen Behandlung im März 1997 gemäß den §§ 823 Abs. 1, 831, 847 BGB a.F. bzw. – soweit materielle Schäden in Rede stehen – auch aus der schuldhaften Verletzung des zwischen seiner Mutter und dem Beklagten	60

bestehenden Behandlungsvertrages, in dessen Schutzbereich der Kläger einbezogen ist, in Verbindung mit § 278 BGB.

A. 61

Soweit das Landgericht eine Haftung im Zusammenhang mit der Frage der Nichtfortsetzung der Schwangerschaft und einer insofern eventuell erforderlichen Aufklärung zu Abtreibungsaspekten verneint hat, gibt die Berufung keinen Anlass zu einer anderweitigen Bewertung. Für die im vorliegenden Verfahren geltend gemachten Ansprüche des Kindes ist der Aspekt eines eventuellen Aufklärungsverschuldens über Fragen einer möglichen Abtreibung nicht relevant, da der Kläger aus einer unterlassenen Abtreibung keine Ansprüche herleiten kann. 62

Auch soweit das Landgericht eine Haftung des Beklagten wegen Nichtvornahme einer unverzüglichen Sectio zur Schwangerschaftsbeendigung verneint hat, gibt die Berufung keinen Anlass zu einer anderen Bewertung. Die nochmalige Auswertung der CTG-Aufzeichnungen und Tokogramme hat ergeben, dass hier keine Veränderungen vorlagen, die auf eine akute Sauerstoffnot des Feten hinwiesen mit der Notwendigkeit einer sofortigen Kaiserschnittentbindung. Nach den Ausführungen des Sachverständigen zeigte erst das CTG vom 24.03.1997 um 4.36 Uhr einen Frequenzanstieg sowohl des Feten als auch der Mutter, was jedoch als Hinweis auf sich verändernde Entzündungsparameter zu bewerten ist und keine Sectio zwingend erforderlich machte. Es bedarf deshalb auch keiner weiteren Erörterung der Frage, unter welchen Umständen und bei welchem Schwangerschaftsalter zum damaligen Zeitpunkt die Gefahr einer Frühgeburtlichkeit höher als die Gefahr eines Amnioninfektsyndroms einzuschätzen war. Die Beurteilung und Gewichtung dieser beiden großen Risiken im Rahmen eines frühen Schwangerschaftsstadiums werden in der medizinischen Lehre kontrovers beurteilt, wie dem Senat aus anderen Verfahren bekannt ist (vgl. auch OLG Oldenburg AHRS III, 2498/305). 63

B. 64

Der Beklagte haftet jedoch dem Kläger auf Schadensersatz aufgrund mehrerer Behandlungsfehler während des stationären Krankenhausaufenthaltes der Kindesmutter bis zur Geburt am 24.03.1997. 65

1. 66

In der medizinischen Beurteilung des Behandlungsgeschehens folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. N, insbesondere dessen Ausführungen aus der Stellungnahme vom 27.10.2007 und den ergänzenden Erläuterungen im Rahmen seiner Anhörung vom 21.11.2007. Er hat sein Gutachten sachlich fundiert und überzeugend im Rahmen seiner Anhörung vor dem Senat erläutert. Die Kompetenz und Erfahrung des Sachverständigen stehen dabei ebenso außer Zweifel wie seine Objektivität. Prof. Dr. N verfügt als Chefarzt einer Frauenklinik mit Perinatalzentrum über ein umfassendes theoretisches Wissen bezüglich der hier relevanten Probleme. Ferner verfügt er aufgrund seiner Stellung auch über die gebotene praktische Erfahrung in den relevanten Bereichen. Der Sachverständige war in der Lage, sämtliche aus Sicht des Senats für die Entscheidung maßgeblichen Fragen ausreichend zu beantworten, so dass die Einholung weiterer Gutachten nicht erforderlich war. 67

Dieser Bewertung steht auch die ursprüngliche gutachterliche Beurteilung im landgerichtlichen Verfahren nicht entgegen. Die Ausführungen von Prof. Dr. N im schriftlichen 68

Gutachten vom 22.06.2006 waren offenkundig sehr eng an den einzelnen Vorwürfen und Statements der Klägerseite orientiert und haben aufgrund dieser Ausrichtung deshalb einige Vorgänge und Fragen bei der Beurteilung des Behandlungsgeschehens nicht ganz vollständig ausgeschöpft. Bei seiner mündlichen Anhörung vom 25.01.2007 vor dem Landgericht hat der Sachverständige dann im Rahmen der Erörterung mehrere Punkte im Behandlungsablauf als fehlerhaft beanstandet, ohne jedoch in der erforderlichen Weise eine Gesamtschau und Gesamtbewertung des Behandlungsgeschehens vorzunehmen, was nunmehr im zweitinstanzlichen Verfahren nachgeholt worden ist. In Bezug auf den Aspekt der Tokolyse hat der Gutachter bereits beim Landgericht von einer Kontraindikation im Falle einer Infektion gesprochen, ohne dass dieser Aspekt anhand der Krankenunterlagen in der erforderlichen Weise weiter vertieft worden wäre.

Es rechtfertigt daher keine Bedenken gegen die fachliche Qualifikation und die Zuverlässigkeit des Sachverständigen, dass er aufgrund der Anfragen des Senats in seiner vorbereitenden Stellungnahme vom 27.10.2007 und in seiner mündlichen Anhörung vor dem Senat zu einer etwas modifizierten und strengeren medizinischen Bewertung des Behandlungsgeschehens gekommen ist. Die aktuelle Beurteilung durch Prof. Dr. N steht aus Sicht des Senats auch im Einklang mit den teilweise bei den Akten befindlichen Auszügen aus geburtshilflicher Literatur, den Ausführungen in vergleichbaren Entscheidungen sowie auch den Angaben in verschiedenen Leitlinien der maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften, wobei auf die nachfolgenden Ausführungen verwiesen wird.

2.

Der Beklagte und die ihm zurechenbare Assistenzärztin Dr. X aus der Privatklinik K haben die Kindesmutter während des stationären Aufenthalts ab dem 13.03.1997 und speziell ab dem Auftreten zunehmender Entzündungsanzeichen nach dem 21.03.1997 nur unzureichend und nicht dem geltenden Facharztstandard entsprechend behandelt. Dadurch ist es bis zu der Geburt des Klägers zu verschiedenen Behandlungsfehlern zu seinem Nachteil gekommen.

a)

Ein Behandlungsfehler liegt zunächst – wie schon im landgerichtlichen Urteil ausgeführt – darin, dass der Beklagte nach der stationären Aufnahme der Kindesmutter aufgrund des Fruchtwasserverlustes und bei Annahme eines Blasensprungs keine Keimbestimmung vorgenommen hat. Eine derartige Maßnahme erfolgt in entsprechenden Situationen an sich routinemäßig und dient zur Vermeidung eventueller Therapielücken bei der Antibiose. Durch ein Antibiotogramm kann die Chance einer erfolgreichen Infektionsbekämpfung erhöht werden. Ob sich hier mit hinreichender Wahrscheinlichkeit bei Vornahme einer Keimbestimmung Anlass für eine andere Antibiotikatherapie ergeben hätte, vermochte der Sachverständige bereits bei seiner Anhörung vor dem Landgericht nicht anzugeben.

b)

Ebenfalls einen Behandlungsfehler stellt es nach den Ausführungen des Sachverständigen dar, dass der Beklagte trotz der ab der Mittagszeit des 23.03.1997 auftretenden periodischen Schmerzen im Sinne von möglichen Wehen im weiteren Verlauf des Tages und der Nacht keine weiteren Untersuchungen zur Feststellung des Muttermundzustandes vorgenommen hat. Eine solche Untersuchung zur Information über die Werte des Muttermundes hilft nach Aussage von Prof. Dr. N zur besseren Einschätzung der mütterlichen Situation, wobei der Sachverständige eine Ultraschalluntersuchung wegen der damit verbundenen geringeren Gefahren bevorzugt hätte. Der Gutachter hat jedoch angegeben, dass er nicht mit einer

bestimmten Wahrscheinlichkeit sagen könne, wie das Ergebnis einer derartigen Untersuchung ausgefallen wäre und ob sich aus dem ermittelten Zustand weitergehende Behandlungspflichten ergeben hätten. Dies wäre nicht ex-post zu beantworten und spekulativ.

c)

76

Ein weiterer Behandlungsfehler in Form unzureichender Befunderhebung liegt schon nach dem Beweisergebnis erster Instanz darin, dass der Beklagte es unterlassen hat, für eine tägliche Kontrolle der Entzündungszeichen durch CRP-Messung und Leukozytenbestimmung neben der Kontrolle klinischer Infektionszeichen zu sorgen. Bereits das Landgericht hat dargetan, dass jedenfalls in den letzten Tagen vor der Geburt diese Untersuchungen nur unzureichend erfolgt sind, da weder am 22.03. noch am 23.03.1997 eine CRP-Bestimmung erfolgte. Für den 23.03.1997 fehlt ebenfalls ein Leukozytenwert, obgleich eine tägliche Bestimmung der Entzündungsparameter nach einem Blasensprung erfolgen muss, was auch bereits 1997 eindeutig Standard war. Diese Kontrolluntersuchungen sind nach einem Blasensprung wegen der damit verbundenen Gefahr eines Amnioninfektsyndroms zwingend regelmäßig täglich geboten (vgl. OLG Oldenburg VersR 1991, 1177 ff; Feige u.a. Bl. 267 GA; Knörr u.a. Bl. 271 GA).

77

Der Beklagte kann sich gegenüber diesem Erfordernis auch nicht darauf berufen, dass seine Möglichkeiten als Belegarzt in der Privatklinik begrenzt gewesen seien, zumal er selbst am 13.03.1997 u.a. „CRP täglich“ in seiner Dokumentation vermerkt hat (vgl. Karteikarte S 4). Als Belegarzt musste der Beklagte im Rahmen seines Fachgebietes durch geeignete Maßnahmen der Beschaffung und Bereithaltung sicher stellen, dass die für seine Behandlungen erforderlichen medizinischen Geräte und Apparaturen vorhanden waren (vgl. OLG München GesR 2007, 115; Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 2. Aufl., S. 662; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl., Rdnr. 82). Der Beklagte hat demgegenüber in Kenntnis der Umstände die Behandlung und Versorgung der Kindesmutter als Risikopatientin übernommen und über die ersten Tage der Stabilisierung des Notfallzustandes hinaus fortgeführt, obgleich er wissen konnte und musste, dass nach der sächlichen und personellen Ausstattung des Belegkrankenhauses eine umfassende Behandlung einschließlich der ständigen Kontrolle von Infektionsparametern nicht gewährleistet werden konnte. So konnten nach den eigenen Angaben des Beklagten CRP-Bestimmungen überhaupt nur in einem auswärtigen Labor erfolgen und waren am Wochenende nach den gegebenen Verhältnissen gar nicht möglich. Sonstige Laboruntersuchungen waren ebenfalls nicht jederzeit durchzuführen.

78

Nach den Angaben des Sachverständigen ist es auch wahrscheinlich, dass eine CRP-Bestimmung am 22. und 23.03.1997 bereits erhöhte Werte als Zeichen für eine Entzündung erbracht hätte. Dafür spricht auch, dass am 22.03.1997 bereits ein erhöhter Leukozytenwert von 19.000 in den Krankenunterlagen vermerkt ist und sich insbesondere für den 23.03.1997 deutlich erhöhte Temperaturen von über 39 Grad bei der Kindesmutter ergeben haben. Aus den danach hinreichend wahrscheinlichen pathologischen CRP-Werten als Anzeichen einer laufenden Entzündung hätten sich auch Reaktionspflichten für den Beklagten ergeben, auf die nachfolgend noch näher einzugehen ist. Prof. Dr. N hat insoweit allerdings bereits beim Landgericht ausgeführt, dass eine Patientin nach seiner Ansicht hätte verlegt werden müssen, wenn solche Zeichen für eine Entzündung aufgetreten wären.

79

d)

80

81

Ein entscheidender und schwerwiegender Fehler des Beklagten liegt darin, dass er die Kindesmutter nicht bereits vor der Geburt in ein Krankenhaus höherer Versorgungsstufe verlegt und diese Frage auch nicht in der erforderlichen Art und Weise mit den Kindeseltern erörtert hat.

Der Senat geht – wie auch das Landgericht – insoweit davon aus, dass der Beklagte entgegen seinen jetzigen vagen Angaben im Termin, wonach angeblich immer wieder davon gesprochen worden sei, entsprechend dem Stand seiner Dokumentation ein solches Gespräch über eine möglicherweise sinnvolle und zur Sicherung einer umfassenden Versorgung und Kontrolle gebotenen Verlegung der Patientin in ein anderes Krankenhaus mit der Kindesmutter bzw. den Kindeseltern nicht geführt hat, wie auch seine Prozessbevollmächtigte im Senatstermin angegeben hat. 82

Der Senat geht ferner davon aus, dass der Beklagte auch selbst spätestens ab der rechnerisch 24. + O SSW, d.h. ab jedenfalls dem 21.03.1997 – zutreffend - von einer realen Überlebenschance des Kindes ausging und insoweit seine Angaben zur Lebensfähigkeit des Kindes im Rahmen seiner landgerichtlichen Anhörung maßgeblich sind. Der Beklagte hat sogleich nach der stationären Aufnahme eine Lungenreifebehandlung veranlasst und alsbald eine dauerhafte Tokolyse eingeleitet, was – unabhängig von der Frage der Behandlungsfehlerhaftigkeit der Ausführung – indiziell zeigt, dass er eine realistische Überlebenschance des Feten gesehen hat. Die Angaben des Beklagten im Senatstermin, wonach er keine so hohen Chancen für das Kind gesehen habe und eine Verlegungsfrage von der weiteren Kindsentwicklung abhängig gewesen wäre, gibt dem Senat keinen Anlass zu einer anderen Einschätzung. Der Beklagte vermochte keine plausible Erklärung für seine abweichenden Angaben beim Landgericht zu geben, zumal sein Hinweis, wonach die Ultraschallmesswerte vom 22.03.1997 für ein geringeres Schwangerschaftsalter gesprochen hätten, nach den Erläuterungen von Prof. Dr. N wenig überzeugend ist. Nach den Ausführungen des Sachverständigen sind im Wesentlichen die Ultraschallwerte der ersten sechs bis sieben Schwangerschaftswochen für eine Altersbestimmung präzise und verlieren sodann schon im Normalfall an Genauigkeit. Vorliegend kommt noch hinzu, dass beim Kläger nahezu kein Fruchtwasser vorhanden war, was die Messgenauigkeit weiter einschränkte. Der Ultraschallbefund vom 22.03.1997 ist danach kein relevanter Aspekt gegen die beim Beklagten nach seiner ursprünglichen Angabe bestehende Annahme einer realistischen Überlebenschance. 83

Neben den für den Zeitraum der Geburt des Klägers geltenden statistischen Werten zu den Überlebenschancen von Frühgeburten ab der 24.SSW, wie sie Prof. Dr. N in seiner Begutachtung dargestellt hat, spricht für die Richtigkeit der vom Beklagten beim Landgericht geäußerten Auffassung zum damaligen gesunden Zustand des Klägers letztlich auch der Umstand, dass der Kläger trotz aller Widrigkeiten seine Frühgeburtlichkeit überlebt hat, obgleich die Geburt nicht in einer Intensivabteilung eines Perinatalzentrums erfolgte. 84

In der Vorabstellungsnahme vom 27.10.2007 hat der Gutachter auf der Basis, dass der Beklagte von der Überlebensfähigkeit des Kindes ausgegangen ist, die Nichtverlegung in ein Perinatalzentrum als einen groben Behandlungsfehler bezeichnet. In der Nichterörterung der Verlegungsfrage mit den Kindeseltern hatte bereits das Landgericht nach den erstinstanzlichen Ausführungen des Sachverständigen einen Behandlungsfehler gesehen. Im Senatstermin ist diese Problematik nochmals eingehend erörtert worden. Hierbei hat Prof. Dr. N klar angegeben, dass jedenfalls bei Annahme einer realistischen Lebensfähigkeit die Verlegung bzw. deren Erörterung zwingend erforderlich gewesen wäre und ein Unterlassen aus seiner Sicht unter Berücksichtigung der Umstände und der Auswirkungen ein 85

schwerwiegendes Verschulden darstelle. Diese Annahme des Beklagten war ja auch keineswegs fernliegend, zumal schon rein statistisch von einem sicheren Absterben des Frühgeborenen im Sinne eines Spätabortes ab der 24 + 0 SSW nicht mehr auszugehen war.

Da eine Geburt in einem Perinatalzentrum bessere Chancen für das Kind bedeute und das Optimum für das Kind geboten sei, müsse bei einer für eine optimale Versorgung nicht ausreichenden Krankenhausausrüstung gehandelt werden. Das sei hier ab dem 21.03.1997 mit den steigenden Entzündungszeichen immer dringlicher geworden, so dass ein Handeln letztlich für den Gutachter absolut zwingend war. 86

Dieser nachvollziehbaren und überzeugenden Bewertung schließt sich der Senat an. Die Anforderungen an die Verlegungs- und Beratungsfrage sind sachgerecht und stehen im Einklang mit der medizinischen Literatur und Rechtsprechung. 87

Nach Feige u.a. (vgl. Bl. 273 GA) soll die Geburt eines Kindes unter 32. SSW und unter 1.500 Gramm in einem peripheren Krankenhaus mit anschließendem Transport mittels Baby-Abholdienst und Baby-Notarztwagen unbedingt vermieden werden. Die Rate der neurologischen Spätkomplikationen auf dem Boden intraventrikulärer Hämorrhagien sei um den Faktor 3 höher als bei der Geburt eines Kindes in einem geburtshilflich neonatologischen Zentrum. Anschließend heißt es in der dort wiedergegebenen gemeinsamen Stellungnahme verschiedener Fachgesellschaften aus dem Jahre 1994 auch, dass die Verfügbarkeit eines Neugeborenen-Notarztdienstes nicht dazu führen dürfe, die erforderliche Verlegung einer Risikoschwangeren in ein Krankenhaus mit perinatologischem Schwerpunkt zu unterlassen und dass eine Schwangere mit hohem Risiko über die Möglichkeit und Notwendigkeit einer präpartalen Verlegung aufzuklären sei. 88

In der AWMF-Leitlinie Nr. 024/001 aus dem Jahre 1997 wird ausgeführt, dass bei einem bestimmten Teil von Schwangeren es angezeigt ist, sie vor der geplanten oder bevorstehenden Entbindung zu verlegen, wobei als Indikationen u.a. eine drohende Frühgeburt vor der 32. SSW, eine intrauterine Infektion sowie andere Risikobilder angesprochen werden. In der weiteren Leitlinie 024/002 aus dem gleichen Jahre heißt es u.a., dass ein neonataler Transport wenn irgend möglich vermieden werden sollte bei Neugeborenen durch die antepartale Verlegung von Risikoschwangeren in eine Klinik der Maximalversorgung. Beiden vorgenannten Leitlinien ist vorausgeschickt, dass die vorgeschlagenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen medizinisch notwendig sind und dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechen. 89

Bereits in der AWMF-Leitlinie Nr. 024/004 aus dem Jahre 1991 ist angegeben, dass dann, wenn mit der Geburt eines gefährdeten Neugeborenen zu rechnen und insbesondere die Notwendigkeit einer pädiatrischen Weiterbehandlung vorauszusehen ist, die Schwangere in eine Frauenklinik mit angeschlossener Kinderklinik und ständiger Verfügbarkeit eines neonatologisch geschulten Pädiaters verlegt werden sollte, ebenso im Falle vorhersehbarer Intensivbehandlungsbedürftigkeit des Neugeborenen und im Falle einer Hochrisikoschwangerschaft. All diese Passagen zeigen, dass in der medizinischen Lehre bereits im Jahre 1997 die Prämissen Geltung hatten, die der Sachverständige bei seiner Bewertung jetzt zugrunde gelegt hat. 90

Auch die Rechtsprechung in ähnlich gelagerten Fällen spricht für die Richtigkeit der gutachterlichen Beurteilung. So hat das OLG Zweibrücken in seiner Entscheidung vom 05.12.1995 (NJWE-VHR 1996, 63 ff) für eine Hochrisikogeburt nach Blasensprung in der 29. SSW im Jahre 1986, die der Betreuung in einer Klinik mit Maximalversorgung mit angegliederter Kinderklinik bedurft hätte, die Nichtverlegung einer solchen Patientin „in utero“ 91

mit einem noch völlig unreifen Kind als unverantwortlich bezeichnet. In der bereits zitierten Entscheidung des OLG Oldenburg (VersR 1991, 1177 ff) wird verlangt, dass dann, wenn bei vorzeitigem Blasensprung die zur Abklärung der Infektionsgefahr erforderlichen Untersuchungen nicht möglich sind, der Behandler die Kindesmutter sofort in eine Fachklinik hätte weiter verweisen müssen.

e) 92

Schließlich ist ein weiterer Behandlungsfehler des Beklagten noch in der Fortführung der Tokolyse bis zum 24.03.1997 zu sehen, da nach den vorhandenen Anzeichen für eine Infektion im Sinne eines Verdachts auf ein Amnioninfektsyndrom mit mehrfach gemessenen Temperaturen von über 39 Grad die Tokolyse hätte abgesetzt werden müssen, wenn – wie hier – das Fieber nicht eindeutig auf eine andere Ursache zurückgeführt werden konnte. 93

Der Sachverständige hat seine Ansicht zur Kontraindikation einer weiteren Tokolyse bei intrauteriner Infektion (vgl. allgemein dazu Rath, Tokolyse-aktueller Stand, Frauenarzt 2006, 528; AWMF-Leitlinie Nr. 015/025 „medikamentöse Wehenhemmung bei drohender Frühgeburt“) nochmals ausdrücklich bestätigt, da nach dem Auftreten klinischer Entzündungszeichen, von Fieber und erhöhten Leukozyten eine Fortsetzung nicht mehr berechtigt war. Auch die Umstellung der Antibiose auf ein anderes Medikament vermochte nach seinen Ausführungen im Senatstermin eine günstigere Beurteilung nicht zu rechtfertigen, da nach den Umständen der Wechsel in der Antibiose eher nachrangig war und allenfalls ein Abwarten einer Dosierung zulässig gewesen wäre. Ein Fortführen der Tokolyse nach Auftreten von Infektionshinweisen im CTG war nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen ein eindeutiger und schlechterdings unverständlicher Fehler. 94

3. 95

Ob bereits die Nichtverlegung der Kindesmutter und die Nichterörterung der Verlegungsfrage mit den Kindeseltern für sich als grob behandlungsfehlerhaftes Verhalten anzusehen sind, bedarf keiner abschließenden Entscheidung. Nach den Ausführungen von Prof. Dr. N in seiner Stellungnahme vom 27.10.2007 sowie bei seiner Anhörung vor dem Senat liegt allerdings die Bewertung als objektiv unverständliches Verhalten, das einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf, nahe. Aus Sicht des Senats ist kein plausibler Grund ersichtlich, bei zutreffender Annahme einer vernünftigen Überlebenschance des Kindes nicht durch rechtzeitige Verlegung in ein dafür geeignetes Krankenhaus das Optimum für die Chancen des Kindes zu veranlassen oder zumindest in der gebotenen Weise diese Frage mit den Kindeseltern zu erörtern, damit auch sie selbst eine am Wohl des Kindes orientierte optimale Entscheidung treffen konnten. Daran, dass dies auch tatsächlich geschehen wäre, gibt es für den Senat keine vernünftigen Zweifel. Auch die Kindesmutter hat dies bereits vor dem Landgericht glaubhaft bestätigt. 96

Auf der Grundlage der medizinischen Bewertung des Sachverständigen ergibt sich zur Überzeugung des Senats ein grober und aus objektiver Sicht unverständlicher Behandlungsfehler jedenfalls aus der Gesamtschau der vorgenannten Gesichtspunkte, was zu einer Beweislastumkehr zu Lasten des Beklagten führt. Der Sachverständige hat bei seiner zusammenfassenden Bewertung der verschiedenen Behandlungsmängel ausgeführt, dass insgesamt von einem grob fehlerhaften ärztlichen Vorgehen ausgegangen werden muss, wobei nach seinen Erläuterungen im Termin die fehlende weitere Muttermunduntersuchung sowie das fehlende Antibiotogramm nicht so entscheidend für diese Bewertung ins Gewicht fallen wie die sonstigen Gesichtspunkte. 97

98

Diese Bewertung gilt auch für den Geburtszeitpunkt 1997, da auch nach den damals geltenden fachlichen Maßstäben kein Grund ersichtlich ist, der das Verhalten des Beklagten ab ca. 22./23.03.1997 noch verständlich erscheinen ließe.

Als Belegarzt war der Beklagte faktisch Betreiber einer entsprechenden Fachklinik und kann 99
sich mithin nicht darauf berufen, dass für ihn lediglich ein womöglich geringerer Maßstab eines durchschnittlichen niedergelassenen Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe anzuwenden sei. Er hat vielmehr in Kenntnis des nahezu vollständig fehlenden Fruchtwassers (Verdacht auf Blasensprung in der 23. SSW) die Behandlung der Kindesmutter als Hochrisikopatientin übernommen in Kenntnis der personellen und sachlichen Ausstattung der Privatklinik. Es musste ihm deshalb klar sein, dass er für die notwendige Versorgung fachlich spätestens dann nicht mehr ausreichend gerüstet war, wenn von einer realen Überlebenschance des Kindes auszugehen war, aber die erforderlichen Untersuchungen auf die wesentlichen Entzündungsparameter nicht vorgenommen werden konnten und im Falle einer Geburt eine ständige neonatologische Versorgung ohne extrauterinen Transport nicht gewährleistet werden konnte. Diese Situation war jedenfalls am Wochenende vom 22./23.03.1997 gegeben, wo der Beklagte ohne ständig mögliche Laborkontrolle und trotz steigender Entzündungsanzeichen die Behandlung der Kindesmutter fortsetzte, obgleich die Risiken eines Amnioninfektsyndroms für Mutter und Kind anstiegen. Auch die schon damals nach den allgemein gültigen Vorgaben gebotene intrauterine Verlegung wurde vereitelt und die Chancen des Klägers auf ein ungeschädigtes Überleben dadurch reduziert.

Hinzu kommt noch der bereits angesprochene Umstand, dass der Sachverständige schon 100
bereits allein das Verhalten in Bezug auf die Fortsetzung der Tokolyse trotz der Infektionsanzeichen als objektiv unverständlichen Behandlungsfehler bewertet hat, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Diese Bewertung hat der Gutachter im Termin nochmals bestätigt und erläutert, dass allein der Wechsel des Antibiotikums dieser Beurteilung nicht entgegen steht.

Der Senat sieht auf der Basis der medizinischen Beurteilung insofern einen gesonderten 101
groben Behandlungsfehler des Beklagten für gegeben an. Bei der vorliegenden Situation mit einem stets drohenden Amnioninfektsyndroms aufgrund des Fruchtwasserverlustes ist es aus Sicht des Gerichts völlig unverständlich, ohne Laborkontrollen und bei klinischen Zeichen einer Infektion lediglich das Medikament der Antibiotikatherapie zu wechseln, jedoch mit der Tokolyse fortzufahren. Dies gilt erst recht für den Zeitraum, nachdem – wie vom Sachverständigen dargetan – sogar im CTG vom 24.03.1997 gegen 4.36 Uhr erste Hinweise einer Infektion erkennbar wurden. Obgleich eine Fortführung der Tokolyse die Gefahr einer weiteren Ausweitung der Entzündung bedeutete und dadurch eine Verschlechterung der kindlichen Prognose bewirkt werden konnte, hat der Beklagte die Wehenhemmung in dem Belegkrankenhaus weiterhin fortgesetzt, was ein schlechthin untragbares Fehlverhalten darstellt, zumal die erheblichen Gefahren eines Amnioninfektsyndroms auch im Jahre 1997 bereits hinlänglich bekannt waren.

C. 102

Die beim Kläger eingetretenen Störungen in der körperlichen und geistigen Entwicklung, die 103
zu den oben aufgeführten und auch heute noch vorhandenen dauerhaften Gesundheitsschäden des Klägers geführt haben, sind als Folgen der Fehlbehandlung des Beklagten anzusehen. Dem Beklagten sind die vorstehend behandelten groben Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Versorgung der Kindesmutter vor der Geburt vom 24.03.1997 anzulasten, die zur Herbeiführung der beim Kläger eingetretenen

Gesundheitsschäden geeignet waren, wie sich aus den Angaben des Sachverständigen Prof. Dr. N ergibt, der nach Überzeugung des Senats als Chefarzt der Frauenklinik eines Lehrkrankenhauses der Universität X2 mit Perinatalzentrum über eine ausreichende fachliche Kompetenz zur Beurteilung auch dieser Frage verfügt. Demgemäß trifft den Beklagten die Beweislast dafür, dass ein Kausalzusammenhang zwischen den Behandlungsfehlern und dem eingetretenen Gesundheitsschaden gänzlich bzw. äußerst unwahrscheinlich ist (BGH VersR 2005, 228 ff; NJW 2004, 2011 ff). Aufgrund der groben Behandlungsfehler wäre insoweit der Nachweis erforderlich, wonach bereits die bloße Mitursächlichkeit der Behandlungsfehler für die Gesundheitsschäden des Klägers als äußerst unwahrscheinlich entkräftet würde. Ansonsten geht die Haftung des Schädigers auf den gesamten Schaden, wenn eine abgrenzbare Teilkausalität nicht ausreichend sicher festgestellt werden kann (vgl. BGH VersR 1997, 362, 363; 2000, 1107; 2005, 942).

Diesen Beweis hat der Beklagte nicht zu führen vermocht.

104

Prof. Dr. N hat in seinen schriftlichen Angaben und speziell im Rahmen seiner Anhörung vor dem Senat deutlich gemacht, dass die Gesundheitsschäden des Klägers auf der erheblichen Frühgeburtlichkeit nach dem vom Beklagten nicht zu verantwortenden Blasensprung zurückgehen könnten und eine positive Kausalitätsfeststellung daher nicht in Betracht komme. Ein nachweislicher Zusammenhang, ob und in welchem Ausmaße ein solches Extrem-Frühgeborenes einen Gesundheitsschaden erleidet, lässt sich nicht mit einzelnen pränatalen Behandlungsmaßnahmen korrelieren, außer dass bekannt ist, dass statistisch Kinder, die in einem Perinatalzentrum geboren werden und nicht verlegt werden müssen, eine bessere Prognose aufweisen.

105

Ergänzend hat der Gutachter im Senatstermin erläutert, dass nach den bekannten Umständen eine ordnungsgemäße Behandlung dem Kläger nicht nur eine praktisch relevante Chance auf ein besseres, sondern sogar auf ein gesundes Überleben gegeben hätte. Prof. Dr. N hat jedoch ebenfalls klargestellt, dass sichere und definitive Angaben zum Verlauf im Einzelfall des Klägers ex post bei einer solchen Frühgeburtlichkeit nicht zuverlässig möglich seien. Die Angaben zu den besseren Prognosen für den Kläger bis hin zur berechtigten Aussicht auf ein sogar vollständig gesundes Überleben könnten allein aus dem vorhandenen statistischen Material genommen werden. Danach habe sich die Prognose durch die Fehleinschätzung des Beklagten verschlechtert, wobei der Gutachter diese nach dem Schwangerschaftsalter von gut 24 SSW auf statistisch bis zu 10 % für ein gesundes Überleben bemessen hat.

106

Prof. Dr. N hat nachvollziehbar und überzeugend dargetan, dass es aus seiner Sicht nicht zuverlässig und hinlänglich feststellbar sei, ob eventuell einzelne Gesundheitsstörungen des Klägers jedenfalls auch bei einem fehlerfreien Vorgehen mit rechtzeitiger Verlegung und Behandlung in einem Perinatalzentrum eingetreten wären und eine Verursachung insoweit durch die groben Behandlungsfehler gänzlich unwahrscheinlich sei. Die Nichtverlegung und Fortführung der Tokolyse habe zur Gefahr der Ausweitung eines Amnioninfektsyndroms und der damit verbundenen Kausalitätskette geführt. Es könne nicht quantifiziert werden, welche Auswirkungen und Schäden genau durch eine fehlerfreie Behandlung ausgeblieben und vermieden worden wären. Der Sachverständige, dessen eher vorsichtige Analyse der schwierigen Problematik den Senat überzeugt hat, sah es insgesamt als sehr unwahrscheinlich an, dass ein anderer Gutachter, etwa ein Neonatologe, zum gesundheitlichen Ergebnis im Falle einer rechtzeitigen Verlegung etwas Genaueres sagen könnte, insbesondere dazu, ob konkrete Schäden auch dann sicher eingetreten wären.

107

108

Im Hinblick auf die Veränderungen/Deformationen von Füßen und Gelenken beim Kläger hat Prof. Dr. N dies dahin erläutert, dass sicherlich das fast vollständig fehlende Fruchtwasser als Ursache dieser Schädigung in Betracht kommen würde, der Fruchtwasseraspekt aber eben nicht alleinige Ursache sein müsse. Über die Entzündungswirkungen könne es auch zu cerebralen Defekten gekommen sein, aufgrund derer es über Spastiken und Muskelkontraktionen zu Gelenksschädigungen gekommen sei bzw. dies bei dem Verlauf jedenfalls mitgewirkt haben könne.

In Bezug auf den Aspekt der Mikrozephalie hat der Gutachter angegeben, dass nach den Krankenunterlagen keine eindeutigen Hinweise und Belege für eine relevante Mikrozephalie beim Kläger gegeben seien und es im Übrigen auch nach den Kopien der Lichtbilder in den Akten eher nicht nach einer erheblichen Mikrozephalie aussehe. Für eine sichere Feststellung, ob überhaupt eine medizinisch relevante Mikrozephalie beim Kläger aufgetreten sei, sei aber eventuell ein Neuropädiater besser geeignet. 109

Er könne nur sagen, dass angeborene Mikrozephalien extrem selten seien und generell eher durch eine Störung unter der Geburt zu erklären wären. Der Senat hält insofern eine weitere Klärung, ob überhaupt eine Mikrozephalie gegeben ist, für den Schadensersatzanspruch nicht für relevant, da eine für die Schmerzensgeldbemessung erhebliche Mikrozephalie nach den Angaben von Prof. Dr. N nicht zugrunde gelegt werden kann. 110

Der Senat hält auch im Übrigen nach den sachlich fundierten und überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. N die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens eines Neonatologen nicht für erforderlich, da keinerlei Anhaltspunkte für eine ausreichend sichere Ausschließung einer Mitursächlichkeit der groben Behandlungsfehler oder einer abgrenzbaren Teilkausalität einer nicht haftungsrelevanten Vorschädigung gegeben sind. Der Gutachter hat überzeugend darauf verwiesen, dass bei entsprechenden Extrem-Frühgeborenen eine sichere Korrelation einzelner Maßnahmen mit bestimmten Schäden nicht möglich sei. 111

D. 112

Neben dem berechtigten Feststellungsausspruch hinsichtlich aller behandlungsfehlerhaft bedingten materiellen Schäden sowie den zukünftigen – bei der Schmerzensgeldbemessung noch nicht absehbaren und deshalb nicht erfassten – immateriellen Schäden, schuldet der Beklagte die Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes nebst Zinsen ab dem 01.06.2004. 113

Mit Rücksicht auf das Alter des Klägers von über 10 ½ Jahren und die bei ihm vorliegenden Gesundheitsschäden hält es der Senat für sachgerecht und angemessen, einen einheitlichen Schmerzensgeldkapitalbetrag als Normalfall festzulegen. Besondere Umstände, die eine Aufteilung in einen Schmerzensgeldkapitalbetrag und eine zusätzliche Schmerzensgeldrente gebieten würden, sind nach Auffassung des Senats nicht gegeben. 114

Unter Abwägung aller zumessungsrelevanten Aspekte und unter Berücksichtigung der in den letzten Jahren in ähnlichen und vergleichbar gelagerten Fällen in der Rechtsprechung zuerkannten Schmerzensgeldbeträge (vgl. etwa OLG Düsseldorf VersR 2003, 1407; OLG Koblenz MedR 2005, 601 ff; Senat – 3 U 30/05 OLG K2 – vom 07.05.2007, rechtskräftig durch Zurückweisung der Nichtzulassungsbeschwerde durch Beschluss vom 13.11.2007 – BGH VI ZR 155/07 -) hält der Senat hier einen Schmerzensgeldbetrag in Höhe von 175.000,00 Euro für angemessen und ausreichend. Der Betrag erscheint als Ausgleich erforderlich, wobei insbesondere auch die Schmerzensgeldentwicklung der jüngeren 115

Vergangenheit berücksichtigt worden ist.

Maßgeblich für die Bemessung der nach § 847 BGB a.F. zu gewährenden billigen Entschädigung sind die Schwere der Verletzungen, das durch diese bedingten Leiden, dessen Ausmaß, das Ausmaß der Wahrnehmung der Beeinträchtigung durch den Verletzten und der Grad des Verschuldens des Schädigers. Alle diese Umstände sind in eine Gesamtbetrachtung einzubeziehen und in eine angemessene Beziehung zur Entschädigung zu setzen (BGH VersR 1998, 1034). Dabei soll das Schmerzensgeld in erster Linie einen Ausgleich für die erlittenen Beeinträchtigungen darstellen, daneben aber auch der Genugtuung des Geschädigten für erlittenes Unrecht dienen. 116

Der Kläger hat durch das grob behandlungsfehlerhafte Verhalten des Beklagten einen sicherlich schweren und stark belastenden körperlich und geistigen Gesundheitsschaden erlitten, allerdings jedoch keine derartige Schwertschädigung, die ihn vollständig und dauerhaft von jeglicher Teilhabe am normalen Leben nahezu vollständig ausschließen würde. Der auch weiterhin pflegebedürftige Kläger leidet an einer spastischen linksbetonten Triparese bei deformierten Füßen und Gelenken und reduzierten motorischen Fähigkeiten. Er muss vielfach getragen werden und ist zur Fortbewegung auf Hilfen angewiesen, wodurch seine Erlebniswelt ebenso begrenzt ist, wie durch seine ausgeprägten Sprachentwicklungsstörungen. Ferner leidet er allgemein an einer stato- und psychomotorischen Entwicklungsretardierung. 117

Der Kläger konnte gleichwohl einen Kindergarten besuchen und geht in eine Schule für Körperbehinderte, wo er auch gewisse Kontakte aufgenommen hat. Er kann mit den gegebenen körperlichen und geistigen Beschränkungen in gewissem Maße am allgemeinen Leben teilhaben. Nach den Angaben seiner Eltern ist er sich jedoch offenbar seiner Defizite in gewissem Maße durchaus bewusst, da er auf den Umstand, dass er mit anderen Kindern nicht mithalten kann, auch mit Unzufriedenheit und Aggression reagiert. 118

Der Zeitpunkt der Schädigung liegt nunmehr über 10 Jahre zurück und der Kläger befindet sich weiterhin in regelmäßiger ärztlicher Behandlung, wobei eine deutliche Besserung oder Heilung seines Zustandes aber nicht zu erwarten ist. Dementsprechend ist auch seine weitere Lebensplanung und Lebensgestaltung dauerhaft erheblich eingeschränkt und durch die erlittenen Gesundheitsschäden geprägt. 119

E. 120

Der – nur teilweise – zuerkannte Zinsanspruch in Höhe von 4 % ergibt sich aus dem Gesichtspunkt des Verzuges, §§ 288 Abs. 1, 286 Abs. 1, 284 Abs. 1 BGB a.F. Die Neuregelung des § 288 BGB (5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz) gilt nach Art. 229 § 1 Abs. 1 Satz 3 EGBGB nur für die Geldschulden, die seit dem 01.05.2000 fällig geworden sind. Für die am 01.05.2000 bereits fälligen Forderungen bleibt es demgegenüber bei einem Zinssatz von 4 %. Die Fälligkeit bezeichnet den Zeitpunkt, von dem ab der Gläubiger die Leistung, hier also die Kläger die Zahlung des Schadensersatzes, verlangen kann. Dies war jedoch zum Zeitpunkt der schädigenden Handlung im Jahre 1997 der Fall. Auch ein Anlagezins in der geltend gemachten Höhe ist seit vielen Jahren nicht mehr realistisch. 121

F. 122

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus den §§ 92 Abs. 1, 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 123

124

Bei der Kostenquotelung hat der Senat das nach dem Vorbringen – wie im Senatstermin erörtert - zu weit gehende Begehren hinsichtlich der materiellen Schäden ebenso berücksichtigt wie den Umstand, dass ein über insgesamt 175.000,00 Euro hinaus gehendes Schmerzensgeldbegehren nicht gerechtfertigt war. Danach erschien es geboten, den Kläger an der Kostentragung zu beteiligen.

Die Revision war nicht zuzulassen. Die Voraussetzungen des §§ 543 Abs. 2 ZPO liegen nicht vor. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung. Die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichts nicht. Der Schriftsatz des Beklagten vom 28.01.2008 gibt dem Senat aus den oben dargelegten Gründen keinen Anlass zu einer abweichenden Beurteilung der Haftungsfrage oder zur Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens. 125