
Datum: 14.09.2009
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 9/08
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2009:0914.3U9.08.00

Vorinstanz: Landgericht Siegen, 5 O 29/02

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird - unter Zurückweisung der Berufungen im Übrigen - das am 20.12.2007 verkündete Urteil der 5. Zivilkammer des Land-gerichts Siegen - abgeändert und wie folgt neu gefasst:

1.

Die Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. werden als Gesamtschuldner verurteilt, an den Kläger ein Schmerzensgeld von 500.000,- € nebst 4 % Zinsen aus 250.000,- € für den Zeitraum vom 16.03.2001 bis zum 25.03.2002 sowie aus 500.000,- € seit dem 26.03.2002 zu zahlen.

2.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, dem Kläger allen weiteren, derzeit nicht vorhersehbaren immateriellen Folgeschaden und sämtlichen kongruenten materiellen Schaden aus der fehlerhaften Geburtsleitung vom 09.04.1999 zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger übergegangen sind oder übergehen werden.

3.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

4.

Kosten des Rechtsstreits erster Instanz:

Die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten des Klägers tragen dieser zu 43 % und die Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. als Gesamtschuldner zu 57 %. Der Kläger trägt die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 3., 4. und 7. Die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. tragen diese jeweils selbst.

Kosten des Rechtsstreits zweiter Instanz:

Der Kläger trägt die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 3., 4. und 7 aufgrund seiner Berufungsrücknahme. Im Übrigen tragen die Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. die weiteren Kosten der Berufung.

5.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Kläger sowie die Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. können die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abwenden, wenn nicht die jeweils vollstreckende Partei zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leistet.

6.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der am 09.04.1999 geborene Kläger nimmt wegen der vermeintlich behandlungsfehlerhaften Vorgehensweise der an seiner Geburt beteiligten Ärzte und Hebammen die Beklagten zu 1. und 2. als gynäkologische Belegärzte des M1 M2 und die Beklagten zu 5. und 6. als dort tätige Hebammen gesamtschuldnerisch auf Haftung in Anspruch, wobei sich sein Klagebegehren ursprünglich auch gegen die Beklagte zu 3. als im Krankenhaus angestellte Assistenzärztin, die Beklagte zu 4. als Krankenhausträgerin und die Beklagte zu 7. als diensthabende Anästhesistin des Krankenhauses richtete. Er macht geltend, aufgrund verschiedener organisatorischer und geburtshilflicher Versäumnisse in der Zeit zwischen der Krankenhausaufnahme seiner Mutter am 06.04.1999 und seiner Geburt drei Tage später sei es zu einer geburtsassoziierten Hirnschädigung gekommen, welche sich in einer schweren hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie bei Mikrozephalie und Hirnatrophie manifestiert habe. Infolge des fehlerhaften Vorgehens - insbesondere wegen unzureichender Reaktionen auf gravierende Hinweise bzgl. einer fetalen Sauerstoffunterversorgung - liege nun bei ihm seit der Geburt eine schwerste Mehrfachbehinderung in allen Belangen vor, wobei sein massiver Residualzustand keinerlei Selbständigkeit aufweise oder entwickeln lasse; verstärkt werde sein Leiden durch schwere spastisch-motorische Behinderungen, ein massives cerebrales Krampfanfallsleiden und eine schwerstgradige Seh- wie Hörstörung.

1

2

3

Der Kläger hat die Beklagten erstinstanzlich vor dem Landgericht Siegen mit der am 25.03.2002 zugestellten Klage als Gesamtschuldner auf Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes und Feststellung der gesamtschuldnerischen Ersatzpflicht für die fehlerhafte Geburtsbetreuung in Anspruch genommen. Die Beklagten sind der Inanspruchnahme entgegen getreten; sie haben jeweils ihr eigenes Vorgehen als fachgerecht verteidigt, die eigene Verantwortlichkeit für mögliche Schädigungsursachen in Abrede gestellt und anderweitige schicksalhafte Vorschädigungsursachen vermutet. Wegen der Einzelheiten des erstinstanzlichen Sach- und Streitstandes wird auf die Feststellungen des durch den Einzelrichter des Landgerichts Siegen ergangenen Urteils vom 20.12.2007 Bezug genommen (§ 540 I 1 Zif. 1 ZPO).

4

Das Landgericht Siegen hat mit dem genannten Urteil der Klage bezüglich der in Anspruch genommenen Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. durch Zuerkennung eines Schmerzensgeldes i.H.v. 500.000 € entsprochen - nachdem es verschiedene gynäkologische, neonatologische und neuropädiatrische Sachverständigengutachten eingeholt und die leitende Hebamme des M1 U als Zeugin uneidlich vernommen hatte. Dem Feststellungsbegehren des Klägers hat das Landgericht nur bzgl. der immateriellen und materiellen *Zukunftsschäden* aufgrund der fehlerhaften Geburtsbetreuung vom 09.04.1999 stattgegeben. Die begehrte Ersatzpflichtfeststellung wegen *bereits entstandener materieller Schäden* hat es mangels ausreichenden Feststellungsinteresses *als unzulässig* abgewiesen. Die gegen die B 3, B 4 und B 7 gerichtete Klage ist gänzlich abgewiesen worden.

5

Zur Begründung hat das Landgericht im Wesentlichen ausgeführt:

6

Den beklagten Hebammen, die die Mutter des Klägers unter der Geburt in der entscheidenden Phase gemeinsam betreut hätten, sei ein grober Behandlungsfehler vorzuwerfen, weil sie trotz pathologischer CTG-Veränderungen in der Zeit ab 20 Uhr keinen Arzt verständigt und keine weiteren (ärztlichen) Untersuchungen veranlasst hätten. Nach den zugrunde zu legenden gynäkologischen Sachverständigenausführungen des Prof. Dr. G2 habe das CTG bereits ab 20 Uhr geringgradige Tachykardien des Kindes angezeigt, die ein Hinzuziehen des Beklagten zu 2. zur diagnostischen Abklärung mit Blick auf eine mögliche Hypoxie erfordert hätten; spätestens ab 21 Uhr hätten die dann verzeichneten schweren kindlichen Tachykardien mit zunehmenden Dezelerationen die Hinzuziehung eines Facharztes zur Entscheidung geboten, ob eine schnelle MBU oder vaginal-operative Entbindung erfolgen müsse. Die erst um 21.46 Uhr an den diensthabenden Gynäkologen weitergeleitete Information "Bitte zur Entbindung" sei verspätet gewesen und stelle sich als schwerer Behandlungsfehler dar - zumal zuvor seitens der Hebammen ohne Rücksprache eine PDA veranlasst und noch kurz vor der Arztverständigung eigenverantwortlich durch die Beklagte zu 6. ein Wehentropf angehängt worden sei. Es gehöre zu den Aufgaben einer Hebamme, ein pathologisches CTG zu erkennen; die handschriftlichen Eintragungen im Geburtsprotokoll belegten, dass die Beklagten zu 5. und 6. die jedenfalls ab 20.30 Uhr verzeichneten Auffälligkeiten der kindlichen Herzfrequenz bemerkt hätten und ihnen die unzureichende Qualität der Messaufzeichnungen aufgefallen sei. Anstatt in der geboten Weise den diensthabenden Arzt davon zu verständigen, hätten sie jedoch *eigene* Interpretationen (im Sinne eines Vena-cava-Syndroms) angestellt und ohne ausreichende Autorisierung durch die existierende Dienstanweisung *allein* über die wiederholte PDA-Aufspritzung und die Anlage eines Wehentropfes entschieden. In der Gesamtschau stelle sich das Verhalten der beklagten Hebammen als unverständlicher Verstoß gegen grundlegende Behandlungsregeln dar. Wegen der Schwere des Fehlers stehe - im Wege der dem Patienten in solchen Fällen zukommenden Beweiserleichterung - fest, dass die Hirnschädigung des Klägers auf dem genannten Fehlverhalten beruhe; denn der

7

neonatologische Gutachter habe anhand der maßgeblichen Beurteilungskriterien für die Schädigungsgenese bestätigt, dass die Hauptschädigung des Gehirns in der Zeit zwischen 21 Uhr und der um 21.59 Uhr stattgehabten Geburt aufgetreten sei. Andere ins Spiel gebrachte Ursachen (wie die tuberöse Hirnsklerose oder das Louis-Bar-Syndrom) seien entweder auszuschließen oder doch als unwahrscheinlich nicht anzunehmen (so die B-Streptokokkeninfektion).

Die beklagten Belegärzte seien für den groben Behandlungsfehler der Hebammen trotz ihrer Abwesenheit im fraglichen Zeitraum nach § 831 BGB haftungsrechtlich verantwortlich; maßgeblich sei insoweit, dass sie die ärztliche Geburtsbehandlung durch Einweisung und mehrfache Anordnung wehenfördernder Mittel verantwortlich übernommen hätten und damit für das weitere Geschehen die Hebammen ihrem ärztlichen Weisungs- und Direktionsrecht unterstanden hätten. Der nach § 831 I 2 BGB mögliche Entlastungsbeweis sei den verurteilten Belegärzten nicht gelungen. Die Beklagten zu 1. und 2. hätten eine ausreichende Anleitung der Hebammen zur korrekten CTG-Bewertungen ebenso wenig nachgewiesen wie eine stetige Sicherstellung diesbezüglich aktueller Fachkenntnisse. Es genüge nicht, auf das einmal erworbene (und möglicherweise in Vergessenheit geratene) Prüfungswissen der beteiligten Hebammen, gelegentliche Gespräche über angefallene CTG's in der Visite und die seinerzeit noch freiwilligen Weiterbildungsmaßnahmen dieser Berufsgruppe zu vertrauen. Bezüglich der weiteren beklagten Ärzte und des Krankenhausträgers seien demgegenüber keine Pflichtverstöße festzustellen. 8

Mit ihren wechselseitig form- und fristgerecht eingelegten Berufungen erstreben sowohl der Kläger wie auch die Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. eine Abänderung der landgerichtlichen Entscheidung zu ihren Gunsten. 9

Nachdem er sein Rechtsmittel gegen die Beklagten zu 3., 4. und 7. zurückgenommen hat, begehrt der Kläger nun noch eine Abänderung des ergangenen Urteils hinsichtlich des teilweise abgewiesenen Feststellungsantrages bzgl. der Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. Er möchte die gesamtschuldnerische Ersatzpflicht der verbliebenen Berufungsbeklagten auch bzgl. der *bereits eingetretenen* materiellen Schäden festgestellt wissen; hierzu vertritt er die Auffassung, der vom Landgericht angenommene Vorrang der bezifferten Leistungsklage bestehe vorliegend nicht, weil der Primärschaden mit der Geburt durch die gesundheitliche Beeinträchtigung eingetreten sei und aus ihm fortlaufend materielle Folgeschäden entstünden. Die einheitliche Feststellungsklage für vergangene und zukünftige Schäden entspreche zudem der Prozessökonomie. 10

Der Kläger beantragt, 11

unter Zurückweisung der beklagtenseitigen Berufungen das angefochtene Urteil zu Ziffer 3 des Tenors dahin abzuändern, dass festgestellt werden möge, dass die Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm sämtlichen materiellen Schaden zu ersetzen, der ihm dadurch entstanden ist und noch entstehen wird, dass er bei seiner Geburt am 09.04.1999 einen schweren hirnorganischen Schaden erlitten hat, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden. 12

Der Beklagte zu 1. beantragt, 13

unter Zurückweisung der Berufung des Klägers das am 20.12.2007 verkündete Urteil des Landgerichts Siegen dahin abzuändern, dass die Klage gegen ihn insgesamt abgewiesen wird. 14

Der Beklagte zu 2. beantragt,	15
unter Zurückweisung der Berufung des Klägers und teilweiser Abänderung des am 20.12.2007 verkündeten Urteil des Landgerichts Siegen bei Klageabweisung im Übrigen festzustellen, dass die Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, dem Kläger sämtlichen kongruenten materiellen Schaden zu ersetzen, der ihm durch die fehlerhafte Geburtsbetreuung am 09.04.1999 noch entstehen wird, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergehen werden.	16
Die Beklagten zu 5. und 6. beantragen,	17
unter Zurückweisung der Berufung des Klägers und Abänderung des Urteils des Landgerichts Siegen vom 20.12.2007 die gegen sie gerichtete Klage insgesamt abzuweisen.	18
Der Beklagte zu 1. erstrebt mit seiner Berufung die vollständige Klageabweisung für sich selbst. Er vertritt die Auffassung, ärztliche Fehler seinerseits in der Geburtsleitung seien - auch wegen des Beginns der Geburt erst während seiner eigenen Ortsabwesenheit - nicht festzustellen und eine Einstandspflicht für die Hebammen des Krankenhauses bestehe nicht. Eine - allenfalls zur Haftung für ein Hebammenverschulden führende - ärztliche Geburtsleitung im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes habe es bis zum Hinzukommen des Beklagten zu 2. gegen 21.55 Uhr nicht gegeben; insbesondere die auf die Geburtseinleitung abzielenden ärztlichen Therapieanordnungen genügten hierzu nicht. Im Übrigen sei nach dem Ergebnis der erstinstanzlichen Beweisaufnahme der Entlastungsbeweis i.S.v. § 831 I 2 BGB geführt. Ausreichende stichprobenartige Überprüfungen der Hebammen durch die Belegärzte des M1 seien nachgewiesen, die Anleitung der Hebammen zur Verfahrensweise bzgl. auffälliger CTG-Aufzeichnungen, PDA-Anlagen und Oxytocingaben sei mit der Dienstanweisung aus dem Jahr 1998 hinreichend konkretisiert - zumal Hebammen nach ihrer Ausbildung zur eigenverantwortlichen Geburtsleitung unter kompetenter CTG-Überwachung in der Lage seien; es sei durch die Zeugenaussage belegt, dass es sich bei den konkret die Geburt des Klägers leitenden Hebammen um erfahrene Kräfte ohne jede Beanstandung in der Vergangenheit gehandelt habe. Die landgerichtliche Annahme eines groben Behandlungsfehlers beruhe nicht auf hinreichend klaren Sachverständigenausführungen; der Sachverständige habe vielmehr die Interpretation des mit noch ausreichender Qualität aufgezeichneten CTG's nicht als schlechterdings unvertretbar bezeichnet.	19
Der Beklagte zu 2. erstrebt mit seiner Berufung die Abänderung des landgerichtlichen Urteils dahin, dass lediglich die gesamtschuldnerische Haftung (auf vertraglicher Basis) für materielle Zukunftsschäden festzustellen und die Klage im Übrigen abzuweisen sei, weil eine deliktische Einstandspflicht seinerseits (nach dem seinerzeit geltenden Schadensersatzrecht) für immaterielle Schäden nicht in Betracht komme. Der Beklagte zu 2. vertritt insoweit die Auffassung, das Landgericht habe mit seinen Anforderungen an die Hebammenüberwachung durch ärztliche Geburtshelfer verkannt, dass diese einen selbständigen Heilberuf ausübten, zu dessen gesetzlich legitimiertem Inhalt es gehöre, Geburten eigenverantwortlich zu überwachen und solche Anomalien eigenständig zu erkennen, die die Hinzuziehung eines Arztes erfordern. Die Ärzte hätten schon aufgrund der durch die Beklagten zu 5. und 6. abgelegten stichtischen Hebammenprüfung von ihrer ausreichenden Qualifikation zur sachgerechten CTG-Beurteilung ausgehen dürfen. Die vom Landgericht beanstandeten Eigenmächtigkeiten der Hebammen bei PDA und Oxytocingabe seien offensichtlich für die Schädigung des Klägers nicht kausal geworden. Mit dem Nachweis einer klaren Dienstanweisung zur Hinzuziehung eines Arztes bei anormalem CTG und der zeugenschaftlich bekundeten Praxis regelmäßiger CTG-Besprechungen im Rahmen der	20

Visiten bei gänzlich ausgebliebenen Beanstandungen oder Beschwerden bzgl. der Beklagten zu 5. und 6. sei der Entlastungsbeweis aus § 831 I 2 BGB geführt. Auch sei nach Beweisaufnahme und Anhörung der beklagten Hebammen widerlegt, dass bessere Überwachungsanstrengungen zu einem anderen Verlauf geführt haben würden. Der Beklagte zu 2. beanstandet die Höhe des Schmerzensgeldes, das nicht in Höhe des bislang von den Obergerichten ausgeworfenen Höchstbetrages habe bemessen werden dürfen, wenn zugleich ein immaterieller Vorbehalt für unabsehbare weitere immaterielle Beeinträchtigungen im Feststellungsausspruch enthalten sei.

Die Beklagten zu 5. und 6. stellen eine Haftung ihrerseits für die geltend gemachte Geburtsschädigung in Abrede. Es stehe allenfalls ein Diagnosefehler bzgl. der CTG-Auswertung ab 20 Uhr in Rede, der aber nicht feststellbar zu einer sauerstoffmangelbedingten Gehirnschädigung des Klägers geführt habe. Möglich seien nach wie vor anderweitige Schädigungsursachen wie eine schwere Infektion des Kindes, plazentabedingte Sauerstoffunterversorgungen bzw. genetisch verortete Vorschädigungen des Gehirns. In einer nicht haltbaren Zusammenschau der Ereignisse habe das Landgericht fehlerhaft einen groben Behandlungsfehler mit Beweiserleichterungen im Kausalitätsbereich angenommen, obwohl die von Prof. Dr. G2 insoweit vorgegebenen Kriterien nicht erfüllt gewesen seien: PDA und Indikation für den Wehentropf seien nicht eigenmächtig erfolgt, sondern im Rahmen der existierenden Arbeitsanweisung veranlasst worden. Zu Unrecht habe das Gericht des ersten Rechtzuges auch auf die schlechte Qualität der CTG-Aufzeichnungen abgehoben, welche jedoch nach den Sachverständigenaussagen noch ausreichend beurteilbar gewesen seien. Schließlich habe das Landgericht bei gleichzeitiger Anordnung eines immateriellen Vorbehaltes kein maximales Schmerzensgeld ausurteilen dürfen.

21

Der Kläger tritt den Berufungen der Beklagten entgegen und verteidigt die landgerichtliche Entscheidung im Rahmen der ausgesprochenen Verurteilungen. Er trägt hierzu vor:

22

Es sei Aufgabe einer Hebamme, Normalbilder eines intrapartalen CTG von suspekten oder pathologischen Aufzeichnungen zu unterscheiden; die aus nicht normalen CTG-Aufzeichnungen abzuleitende Diagnose obliege demgegenüber alleine dem Arzt, den die Hebamme im Falle nicht mehr regelhafter Kurvenverläufe hinzu rufen müsse. Die Kenntnis der Kriterien, welche CTG-Aufzeichnungen nicht mehr normal seien, sei elementar und anhand von sog. Scores zu beurteilen. Hier habe nach dem Fischer-Score in der Zeit ab ca. 21 Uhr nur ein 4-Punkte-Wert vorgelegen, der für eine bedrohliche Beeinträchtigung des Feten spreche. Die Beklagten zu 5. und 6. hätten gleichwohl ungeachtet einer zu hohen Herzfrequenzkurve, zunehmender Dezelerationen und zunehmend eingeschränkter Oszillationsamplitude keinen Arzt hinzu gerufen. Dies sei bei zutreffender Deutung der Aussagen des Sachverständigen Prof. Dr. G2 ein elementarer und unverständlicher Fehler. Denn entweder hätten die beklagten Hebammen drei klare pathologische CTG-Auffälligkeiten übersehen oder sie hätten in Überschreitung ihrer Kompetenzen und entgegen der Dienstanweisung durch Deutungen als "nicht besorgniserregend" die Zuziehung eines Arztes unterlassen. Die Grobheit des Fehlers in der CTG-Beurteilung könne sich demgegenüber nicht daran orientieren, ob die Aufzeichnungen eine schwere intrauterine Azidose mit einem pH-Wert von 6,92 habe vermuten lassen, wie sie später zutage getreten sei; denn etwaige Schlussfolgerungen von den CTG-Aufzeichnungen auf den Grad der Fetengefährdung seien nicht Hebammenaufgabe.

23

Zudem sei es fehlerhaft gewesen, dass im Falle der Geburt des Klägers letztlich Hebammen die Indikation zur PDA und zu deren Nachspritzen gestellt hätten, obwohl diese Maßnahmen

24

Auswirkungen auf den Geburtsverlauf haben könnten. Auch die von der Dienstanweisung nur bei einwandfreiem CTG gedeckte Anlage eines Wehentropfes habe eine fehlerhafte Kompetenzüberschreitung der Hebammen beinhaltet. Beides sei nach den Aussagen der eingeholten gynäkologischen Gutachten grob fehlerhaft und nach fachmedizinischen Erkenntnissen geeignet gewesen, die Sauerstoffversorgungssituation des Säuglings negativ zu beeinflussen; hieraus folge eine Beweislastumkehr zugunsten des Klägers.

Letztlich stehe die peripartale Verursachung des Hirnschadens durch eine Sauerstoffminderversorgung des Kindes in der Zeit zwischen 21 Uhr und 21.59 Uhr aufgrund der eingeholten neonatologischen und neuropädiatrischen Gutachten fest. Die Beklagten zu 1. und 2. hafteten als Belegärzte in Gemeinschaftspraxis dafür gleichermaßen vertraglich wie gesetzlich. Ein Behandlungsvertrag über die Entbindung sei zwischen der Mutter des Klägers und den beklagten (vorbehandelnden) Belegärzten konkludent dadurch zustande gekommen, das letztere im Sinne der Rechtsprechung die "Leitung der Geburt übernommen hätten"; dies sei hier durch die Einweisung der Kindesmutter, Durchführung einer ärztlichen Eingangsuntersuchung und die Anordnung der Geburtseinleitung durch Prepidil-Gel - jeweils seitens des Beklagten zu 1. - wie durch die ärztliche Betreuung der Mutter am 09.04.1999 durch den diensthabenden Beklagten zu 2. Fall gewesen. Damit seien die Hebammen auch Verrichtungsgehilfen der für das Geburtsgeschehen verantwortlichen Beklagten zu 1. und 2. geworden. Der Entlastungsbeweis sei ihnen angesichts der strengen Anforderungen an den Ausschluss eines Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungsverschuldens nicht gelungen.

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

Der Senat hat nach Maßgabe des Beweisbeschlusses vom 20.08.2008 (GA 1181) ein schriftliches neonatologisches Ergänzungsgutachten des schon erstinstanzlich befassten Sachverständigen Prof. Dr. y eingeholt; hierzu sind gutachterliche Stellungnahmen dieses Sachverständigen vom 03.03.2009 (GA 1230 ff.) und vom 09.09.2009 (GA 1293 ff.) erfolgt. Der Senat hat ferner den Vater des Klägers sowie die Beklagten zu 2., 5. und 6. persönlich angehört und eine mündliche Gutachtenergänzung des erstinstanzlich befassten gynäkologischen Sachverständigen Prof. Dr. G2 veranlasst. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das

Protokoll des Senatstermins vom 14.09.2009 (GA 1308 ff.) und den Berichterstattevermerk zu diesem Termin vom 16.09.2008 (GA 1320 ff.) verwiesen. Der Senat hat schließlich die Originalbehandlungsunterlagen des M1 M2 betreffend die stationäre Behandlung der Mutter des Klägers vom 06. - 16.04.1999 und weitere Behandlungsunterlagen betreffend die Behandlung des Klägers in den Kliniken M, dem Kreiskrankenhaus X, den Kliniken C, der Neurochirurgischen Klinik C und durch den Kinderarzt K beigezogen; diese haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

II.

Die - nach Rechtsmittelrücknahme gegenüber den Beklagten zu 3., 4. und 7. verbliebene - Berufung des Klägers ist begründet, wohingegen die Berufungen der Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. erfolglos bleiben; sie haften dem Kläger gesamtschuldnerisch sowohl für das erstinstanzlich zuerkannte Schmerzensgeld, als auch - vorbehaltlich eines Anspruchsüberganges auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte - für alle materiellen wie unvorhersehbaren immateriellen Schäden aus der fehlerhaften und zu einer hypoxischen Hirnschädigung mit schwersten Mehrfachbehinderungen führenden Geburtsleitung vom 09.04.1999.

1.	31
Die gesamtschuldnerische Einstandspflicht der Beklagten zu 5. und 6. für die beim Kläger peripartal eingetretene hypoxische Hirnschädigung und deren gesundheitliche Folgen folgt aus §§ 823, 830 I, 840 I BGB, weil sie als am 09.04.1999 verantwortliche Hebammen trotz vorhandener kindlicher Tachykardien während der letzten Stunde vor der Geburt vorwerfbar erheblich zu spät den diensthabenden Gynäkologen zur Beurteilung der kindlichen Gefährdungslage hinzuzogen und in dieser Situation darüber hinaus ohne ärztliche Autorisation und Information einen Wehentropf einsetzten.	32
a) Nach dem Gesamtergebnis der mündlichen Verhandlung und Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senates fest, dass <i>beide</i> beklagten Hebammen die Geburt des Klägers am 09.04.1999 in der für seine Hirnschädigung entscheidenden Zeitspanne von kurz nach 21 Uhr bis zum Erscheinen des Beklagten zu 2. gegen	33
21.55 Uhr <i>gemeinschaftlich</i> überwachten sowie <i>einvernehmlich</i> mit arbeitsteiligen Untersuchungen, Anweisungen und weiteren geburtshilflichen Maßnahmen begleiteten. Die Beklagten zu 5. und 6. haben bei ihrer Anhörung durch den Senat insoweit übereinstimmend unter Bezugnahme auf ihre Eintragungen im Geburtsprotokoll geschildert, dass zunächst die Beklagte zu 5. als diensthabende Hebamme die bereits in stationärer Behandlung befindliche Kindesmutter nach Blasensprung gegen 13.15 Uhr in den Kreißsaal aufgenommen und sie dort - auch nach Dienstende der zunächst noch im Krankenhaus befindlichen Assistenzärztin (Beklagte zu 3.) - geburtshilflich betreut habe; anlässlich des für 21 Uhr planmäßig vorgesehenen Dienstwechsels sei sodann die Beklagte zu 6. kurz nach 21 Uhr in den Kreißsaal zur laufenden Geburt hinzu gekommen, wo man mit der augenscheinlich kurz vor der Entbindung befindlichen Kindesmutter übereingekommen sei, die Geburt durch die bisherige Hebamme mit der hinzu gekommenen Kollegin als Unterstützung zu Ende zu bringen. So habe in der Folgezeit auch die Beklagte zu 6. die Kindesmutter zur Prüfung des Geburtsfortschritts untersucht und hierzu um 21.28 Uhr sowie in der Zeit danach diverse Geburtsprotokolleintragungen vorgenommen. Einvernehmlich habe man auch das weitere Prozedere gehandhabt – insbesondere auch den Einsatz des um 21.46 Uhr angehängten Wehentropfes, um dem Kind bei relativ ineffektiv erscheinenden Wehen noch einen "Schubs" zu geben.	34
Der Senat hat nach diesen ohne jede Abweichung einvernehmlichen Schilderungen der Beklagten zu 5. und 6. zu ihrer kollegialen Zusammenarbeit bei der Geburt des Klägers am 09.04.1999 keinen Zweifel, dass sie - in Abwesenheit des diensthabenden Arztes - für den Zeitraum des einverständlichen Mitwirkens der Beklagten zu 6. <i>beginnend kurz nach 21 Uhr erkennbar gemeinschaftlich die Aufgabe einer fachgerechten Hebammenbetreuung der Gebärenden übernahmen und nach eigenem Gutdünken handhabten</i> , so dass sie <i>beide</i> die haftungsrechtliche Verantwortlichkeit für die dabei aufgetretenen Versäumnisse trifft. Dass die Beklagte zu 6. sich bei ihrem primären Hinzukommen zur Geburtssituation erst einmal im Hintergrund und "zunächst nicht für zuständig hielt", ist nachvollziehbar, steht einer sodann (mit dem erfragten und erteilten Einverständnis der Gebärenden) übernommenen gemeinschaftlichen Hebammenbetreuung jedoch nicht entgegen, zumal sich die Beklagte zu 6. unstreitig - wie dargestellt - nach ihren Aufzeichnungen spätestens ab 21.27 Uhr aktiv in das schädigungsrelevante Geburtsgeschehen eingebracht hat.	35
b) Die Beklagten zu 5. und 6. haben es unter Verletzung ihrer - auch gegenüber dem Kläger bestehenden - Verpflichtung zur sorgfältigen Berufsausübung (vgl. § 2 HebO NW) in der Zeit nach 21 Uhr behandlungsfehlerhaft unterlassen, trotz auffälliger kindlicher Herztonfrequenzen in der laufenden CTG-Aufzeichnung den in Rufbereitschaft befindlichen diensthabenden	36

gynäkologischen Belegarzt zur weiteren Beurteilung der möglichen fetalen Gefährdungslage rechtzeitig und mit der gebotenen Dringlichkeit hinzuzuziehen. Indem sie die Entbindung trotz der im CTG registrierten Anzeichen für eine mögliche fetale Gefährdung durch Sauerstoffunterversorgung des Feten zunächst ohne ärztliche Hinzuziehung fortsetzten und auch beim späteren Hinzurufen des diensthabenden Gynäkologen um 21.46 Uhr nicht auf die anhaltend erhöhte kindliche Herzfrequenz hinwiesen, haben sie ihre geburtshilflichen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Hebammentätigkeit überschritten; diese endeten nach den etablierten Regeln geburtshilflicher Zusammenarbeit (vgl. § 2 HebO NW) beim Erkennen von Geburtsanomalien, die womöglich ein ärztliches Eingreifen – jedenfalls aber eine ärztliche Beurteilung - erforderlich machten.

Dass es sich um eine behandlungsfehlerhafte Kompetenzüberschreitung handelte, hat der Senat den überzeugenden und auf sorgfältiger Auswertung der einschlägigen Behandlungsunterlagen wie der Beklagtenangaben beruhenden Darlegungen des gynäkologischen Sachverständigen Prof. Dr. G2 entnommen. Er hatte bereits erstinstanzlich die während des streitgegenständlichen Geburtsvorgangs erhobenen CTG-Aufzeichnungen ausgewertet, was folgende Aufzeichnungsergebnisse der kindlichen Herzfrequenz ergab: 37

- ab 19.46 Uhr Baseline 150 s/min, 38
- ab etwa 20 Uhr : Ansteigen der Baseline auf 160 s/min mit beginnenden angedeuteten Dezelerationen,
- ab ca. 21 Uhr : Anstieg der Baseline auf 180 s/min mit regelmäßigen kurzdauernden Dezelerationen bis auf 140 s/min, anschließend kompensatorische Tachykardie,
- ab 21.17 Uhr : Tachykardie um 180 s/min mit eingeschränkt undulatorischer Oszillationsamplitude,
- 21.52 Uhr : Tachykardie zw. 190 und 210 s/min.

Zur Erläuterung dieser aufgezeichneten kindlichen Herzfrequenzen hatte Prof. Dr. G2 bereits in I. Instanz dargestellt, dass das CTG bzgl. der Herztätigkeit des Feten ab ca. 20 Uhr einen geringgradig tachykarden Zustand zeige und mit dem Baselineanstieg auf 180 s/min gegen 21 Uhr die Grenze zur schweren kindlichen Tachykardie erreicht worden sei, wobei man wegen der zusätzlichen Dezelerationen von einer sog. komplizierte Tachykardie spreche. Hierbei ist Prof. Dr. G2 als Ausgangspunkt seiner weiteren medizinischen Erläuterungen im Senatstermin verblieben, wobei er erneut die fraglichen CTG-Verlaufsaufzeichnungen aus den beigezogenen Behandlungsunterlagen für diesen Zeitraum eingesehen hat. 39

Anhand der aufgezeichneten Werte hat Prof. Dr. G2 in allen seinen gutachterlichen Äußerungen die klare und seitens des Senates in jeder Hinsicht gut nachvollziehbare Auffassung vertreten, für die allein im Kreißsaal anwesenden Hebammen sei *die Hinzuziehung des diensthabenden Arztes spätestens ab ca. 21 Uhr notwendig geworden, weil das CTG mit den genannten schweren bzw. komplizierten kindlichen Tachykardie zunehmend pathologisch geworden sei*. Im Senatstermin hat Prof. Dr. G2 hat zu den medizinischen Voraussetzungen, unter denen vorliegend (nach dem damaligen medizinischen Standard im Rahmen einer Krankenhausgeburt) CTG-Aufzeichnungen die Hinzuziehung des diensthabenden Gynäkologen zwingend geboten hätten, ausgeführt: 40

Die Hinzuziehung des Beklagten zu 2) durch die Hebammen - dokumentiert für 21.46 Uhr - sei hier jedenfalls fehlerhaft verspätet gewesen. Spätestens ab etwa 21 Uhr - als die Baseline der CTG-Aufzeichnung zur KHF auf 180 s/min angestiegen und damit die Grenze der schweren Tachykardie des Feten erreicht worden sei - habe es sich um ein *klar pathologisches CTG* gehandelt, aufgrund dessen die Hebammen einen Gynäkologen hätten 41

hinzuziehen müssen. Die Mutter des Klägers habe sich mit ihrer drei Tage zuvor erfolgten Krankenhausaufnahme ersichtlich in die fachärztliche Behandlung von Gynäkologen begeben, so dass auch die Geburt eine gemeinsam von Ärzten und Hebammen zu verantwortende Angelegenheit gewesen. Für die Zusammenarbeit dieser beiden Berufsgruppen in der Geburtssituation gelte und habe auch schon 1999 gegolten, dass die Hebamme den Gynäkologen hinzu rufen *müsse, wenn das CTG pathologisch werde*, was sie als Teil ihres Aufgabenbereiches zu erkennen habe. Bei der Beurteilung, ob dies der Fall sei, helfe allerdings in der - vorliegend zur Rede stehenden - Geburtsphase bei vollständig eröffnetem Muttermund (dokumentiert hier ab 20.38 Uhr) ein Rückgriff auf die verschiedentlich entwickelten sog. Scores nicht weiter. Vielmehr sei eine gewisse Auffälligkeit des CTG's in dieser Phase sogar normal; auch sei das CTG hier nach 21 Uhr noch nicht hochpathologisch gewesen. Jedoch werde der Bereich eines "normalen CTG" bei einer schweren Tachykardie von 180 s/min klar überschritten, wobei die damit anstehende konkrete Bewertung *des Ausmaßes der Pathologie* und die Entscheidung der aus dem pathologischen CTG *abzuleitenden Reaktionen alleinige Sache des Arztes* seien. Die Hebammenkompetenz höre – so Prof. Dr. G2 - (schon) dort auf, wo die Normabweichung des CTG's beginne. Hier sei das CTG ab etwa 20 Uhr zunächst mäßig und später mittelgradig *auffällig* gewesen. Es habe dann jedoch ab ca. 21 Uhr mit einem Baselineanstieg auf 180 Schläge pro Minute und zunehmenden Dezelerationen *eine klare Normabweichung im Sinne einer sog. komplizierten Tachykardie* gezeigt, *die eindeutig die Beurteilung der Gefährdungslage für das Kind durch einen Facharzt erfordert* habe. Man habe seitens der Hebammen nun zwingend den diensthabenden Arzt unter Information über die CTG-Aufzeichnung hinzu rufen müssen. *Dessen Sache allein* sei es gewesen, zu entscheiden, ob und ggfls. wie die Geburt des Klägers zu beenden sei. Aus medizinischer Sicht sei es nicht verständlich, dass diese Hinzuziehung des Frauenarztes hier ab 21 Uhr unterblieben sei - erst recht nicht, wenn man seitens der Hebammen - wie von ihnen im Senatstermin dargelegt - ohnehin damit gerechnet habe, dass das Kind bald kommen werde.

Unter Zugrundelegung dieser zutreffend auf das fachliche Zusammenspiel der Heilberufe in der Geburtshilfe abhebenden Gutachtereinschätzungen bejaht der Senat einen Behandlungsfehler der Beklagten zu 5. und 6. insoweit, als sie es unterließen, den in Rufbereitschaft befindlichen Beklagten zu 2) in der Zeit kurz nach 21 Uhr unter Hinweis auf die nun eindeutig tachykarde kindliche Herzfrequenz von 180 s/min zur Beurteilung der Gefährdungslage hinzu zu ziehen. 42

Die dagegen erhobenen Einwendungen der Beklagten zu 5. und 6., weshalb das CTG ihrer Ansicht nach zu *keiner früheren oder dringlicheren* Arztbenachrichtigung veranlasste, überzeugen - auch wegen ihres hierzu im Prozessverlauf wechselnden Vortrages - nicht. 43

Zunächst hat Prof. G2 bereits erstinstanzlich klargestellt, dass die CTG-Aufzeichnungen in der oben dargestellten Weise die dringliche Zuziehung eines Facharztes erforderten, *obwohl* das abgegangene Fruchtwasser klar war und mehrfach Positionswechsel der Gebärenden (in und aus dem Vierfüßlerstand bzw. die Seitenlage) veranlasst wurden. Denn aus einer klaren Fruchtwasserfarbe lässt sich - so der gynäkologische Gutachter - nichts bzgl. einer möglichen subpartalen Kindesgefährdung ableiten; auch trifft es nicht zu, dass sich im Zeitraum nach 21 Uhr das CTG infolge mütterlicher Lageänderungen normalisierte. 44

Die im späteren Prozessverlauf für die Beklagten zu 5. und 6. als Erklärung der tachykarden CTG-Aufzeichnungen angeführten Überlegungen zum sog. Vena - cava - Syndrom haben die beklagten Hebammen - wie ihre Anhörung durch den Senat ergeben hat - im Falle des Klägers (zu Recht) *zu keiner Zeit angestellt*; der Sachverständige hatte insoweit dem CTG 45

auch keine hypoxisch-bedingten bradikarden Reaktionen des Feten (als Zeichen eines solchen Syndroms) entnommen.

Bei dem genannten Versäumnis der beklagten Hebammen handelte es sich entgegen ihrem Berufungsvorbringen *nicht* (wie offenbar vom Landgericht angenommen) *um einen reinen Diagnosefehler* in dem Sinne, dass sie die CTG-Aufzeichnung fälschlicherweise als "normal" deuteten. - Wie verschiedentliche Vorhalte an die Beklagte zu 5. im Rahmen ihrer persönlichen Anhörung durch den Senat ergeben haben, war sie sich durchaus schon in der Zeit vor 21 Uhr bewusst, dass die aufgezeichneten kindlichen Herzfrequenzen mit über 160 s/min den Normbereich verlassen hatten. Auch verfügte sie zugestandenermaßen über die Kenntnis, dass eine *dauerhaft* hohe kindliche Baseline und angedeutete Dezelerationen "nicht normal" seien. Der Senat ist nach ihrer weiteren Einlassung schließlich davon überzeugt dass sie - ebenso wie die Beklagte zu 6. - durchaus die Aufzeichnung einer "nicht mehr normalen" kindlichen Tachykardie während der weiteren Geburtsbetreuung ab 21 Uhr erkannte, - allerdings davon ausging, den pathologisch eingeschätzten Anstieg der fetalen Herzrätigkeit durch mütterliche Lageänderungen abmildern zu können und durch eine schnelle natürliche Geburt zu beenden. Der Senat vermag den Beklagten zu 5. und 6. nicht zu glauben, dass ihnen in der Zeit des gemeinsamen Geburtsbetreuung nach 21 Uhr die zunehmende kindliche Tachykardie "verborgen blieb" (wie die Beklagte zu 5. es formulierte) bzw. die Beklagte zu 6. sich das CTG in dieser Phase gar nicht anschaute (wie sie bei ihrer Anhörung erklärte). Denn es finden sich in den handschriftlichen Geburtsprotokolleintragungen, die die Beklagte zu 6. als ihre Vermerke identifizierte, sowohl für 21.28 Uhr wie für 21.46 Uhr eindeutige Hinweise auf die kindliche Tachykardie ("CTG-Kontrolle: FHF 160 - 180 bpm" bzw. "Tachykardie bei 180 - 200 bpm"). Darüber hinaus weist der CTG-Streifen im Zeitraum nach 21 Uhr verschiedene handschriftliche Vermerke der beklagten Hebammen mit Erläuterungen zum Kurvenverlauf auf ("Seitenlage", "Vierfüßlerstand", "Kontaktstörung"). All dies lässt - wie im Übrigen auch das im Laufe des Prozesses wiederholt geänderte Verteidigungsvorbringen zu möglichen nicht besorgniserregenden Ursachen der fraglichen CTG-Aufzeichnungen - erkennen, dass die beklagten Hebammen in den letzten 1 - 2 Stunden vor der Geburt des Klägers zwar bestimmte *womöglich auf eine fetale Beeinträchtigung hinweisende* Anzeichen auf dem CTG-Streifen ausmachten, diese dann aber *kompetenzüberschreitend aus ihrer Sicht als "vorliegend nicht krankhaft" bzw. als (durch herbeigeführte Positionsänderung etc.) "erfolgreich beherrscht"* bewerteten und damit die *allein gebotene ärztliche Beurteilung zur weitergehenden Prüfung der Gefährdungslage unterließen*. Den Beklagten zu 5. und 6. ist mithin nicht (nur) die Fehlinterpretation der CTG-Aufzeichnungen - was die Schwere der kindlichen Beeinträchtigung betrifft - vorzuwerfen, sondern eine Überschreitung ihrer Kompetenzen durch die Nichtinformation des diensthabenden Arztes, dem allein die Beurteilung des aufgezeichneten eindeutig pathologischen CTG-Befundes oblag (vgl. zu dieser Aufgabenverteilung auch : OLG Oldenburg, VersR 1997, 1236).

c) Eine weitere behandlungsfehlerhafte Kompetenzüberschreitung begingen die Beklagten zu 5. und 6. während der Geburtsbetreuung des Klägers, indem sie ohne Rückfrage bei dem diensthabenden Gynäkologen und trotz des pathologischen CTG-Musters der kindlichen Herzfrequenz zur Geburtsbeschleunigung um 21.46 Uhr einen Oxytozin-Wehetropf einsetzten (den die Beklagte zu 6. nach kindlichem Herztonabfall bis auf 90 bpm wieder abstellte).

Auch insoweit folgt der Senat den überzeugenden medizinischen Ausführungen des gynäkologischen Sachverständigen Prof. Dr. G2, der bereits erstinstanzlich darauf hingewiesen hatte, dass der Einsatz eines Wehentropfes von Hebammen *nur nach*

Absprache mit einem Arzt zulässig und das Vorhandensein einer solchen Absprache hier unklar sei; im Falle eines durch die beklagten Hebammen eigenständig indizierten und dosierten Wehentropfes liege – so Prof. Dr. G2 schon bei seiner Erstbefassung - ein weiterer Fehler bzw. eine weitere Kompetenzüberschreitung der Hebammen vor.

Dass die Beklagten zu 5. und 6. mit dem Einsatz des (wenn auch gering dosierten) Oxytozin-Tropfes am 09.04.1999 gegen 21.46 Uhr ohne konkrete ärztliche Autorisierung und damit sorgfaltswidrig handelten, hat sich durch ihre Anhörung und die Angaben des Beklagten zu 2. - die Prof. Dr. G2 anschließend medizinisch gewürdigt hat - bestätigt. 49

Die Beklagten zu 5. und 6. haben eingeräumt, den Einsatz des Wehentropfes um 21.46 Uhr *nur untereinander besprochen, ohne ihn konkret zuvor mit irgendeinem Arzt abgestimmt zu haben.*- Die Beklagte zu 5. hatte auf die Frage, warum sie ungeachtet der bestehenden CTG-Auffälligkeiten den Wehentropf in Gang setzten, ohne einen Arzt darüber zu informieren, "so recht keine Erklärung". Generell sei es damals *in der Austreibungsphase unter der Geburt bei unauffälligem Verlauf* nicht üblich gewesen, den Einsatz eines Wehentropfes von einer ärztlichen Absprache abhängig zu machen; vielmehr hätten die Hebammen in diesen Fällen den Wehentropf selbst veranlassen dürfen. Die Beklagte zu 6. gab bei ihrer Anhörung durch den Senat ergänzend an, "keinen Anlass" gesehen zu haben, den diensthabenden Belegarzt von der beabsichtigten oder erfolgten Anlage des Wehentropfes zu informieren oder ihn vorher zur Geburt hinzu zu rufen. Es habe vielmehr nach der gemeinschaftlichen Einschätzung eine Situation vorgelegen, in der "man dem Kind nur noch einen Schubs geben musste, damit es rauskommt". Man habe einfach in diesem Moment reagieren müssen und sich so intuitiv ohne Rückfrage beim Arzt aufgrund jahrelanger Hebammenerfahrung für die Geburtsbeschleunigung durch einen Wehentropf entschieden. Als die Herztöne des Kindes dann nach dem Anstellen des Wehentropfes herunter gegangen seien, habe sie diesen sofort abgestellt und zunächst angenommen, dass sich das Kind mit der dann auftretenden Herztonbeschleunigung erhole. Leider sei die Herztonfrequenz des Kindes dann aber in der Folgezeit hoch geblieben. 50

Legt man bereits die Angaben der beklagten Hebammen selbst zugrunde, war die eigenverantwortliche Indikationsstellung für den um 21.46 Uhr angehängten Wehentropf noch nicht einmal von der gehandhabten "Üblichkeit" im M1 Stift gedeckt, weil auch sie nur im Falle eines - hier nach 21 Uhr nicht mehr gegebenen - unauffälligen oder normalen Geburtsverlaufes galt. Dies bestätigt auch der Inhalt der (nach dem streitgegenständlichen Schadensfall) im Dezember 1999 für das M1 M2 verfassten "Dienstanweisung", die den Hebammen eine eigenständige Medikamentenverabreichung von "Oxytozin-Infusionen sub partu" in vorgegebener Dosierungsbegrenzung nur "bei unauffälligem CTG" gestattete. Die bei der Geburt des Klägers (lediglich) bestehende "Arbeitseinweisung Kreißsaal" enthielt keine ausdrückliche Autorisierung zur Wehentropfindikation durch Hebammen - jedoch die (von den Beklagten zu 5. und 6. unbeachtet gelassene) Anweisung, dass der Arzt automatisch "bei abnormalem CTG" gerufen werden müsse. Damit korrespondierend hat der Beklagte zu 2. bei seiner Anhörung erklärt, über die eingereichte "Diensteinweisung Kreißsaal vom 01.01.1998" hinaus habe es zum Zeitpunkt der hier gegenständlichen Geburt keine weiteren Dienstanweisungen gegeben, wann von den Hebammen unter der Geburt der Frauenarzt hinzu gerufen werden musste oder was den Einsatz von Wehentropf oder PDA betraf. Die Handhabung zum Wehentropfeinsatz unter der Geburt sei damals so gewesen, dass die Hebammen *vorher* angefragt hätten, ob sie einen solchen Tropf anhängen könnten; die so gefragten *Frauenärzte* hätten *dann* anhand der von den Hebammen zur Entscheidung im Einzelfall erteilten Informationen die *Entscheidung für oder gegen einen Wehentropfeinsatz getroffen*. 51

- Nach alledem steht fest, dass die beklagten Hebammen trotz der geschilderten CTG-Auffälligkeiten zur kindlichen Tachykardie *ohne konkrete oder auch generelle ärztliche Vorgabe* unter der Geburt des Klägers um 21.46 Uhr einen Oxytozin-Wehentropf einsetzten. Diese Handhabung ist nach den zweitinstanzlichen Erläuterungen des Prof. Dr. G2 medizinisch als "allerdings *nicht* in Ordnung" zu beanstanden. Die den Geburtsvorgang begleitende Hebamme müsse – so der gynäkologische Gutachter - den Einsatz des Wehentropfes unter der Geburt mit dem Arzt besprechen - auch wenn die unabgestimmte Oxytozingabe hier, weil das Kind "nun ja irgendwie raus musste" isoliert betrachtet kein ganz schwerer Fehler gewesen sei. Trotz der oft hilfreichen Hebammenerfahrung zum geburtsfördernden Wehentropfeinsatz unter der normalen Geburt habe auch hier gegolten, dass die Autonomie der Hebamme dort ende, wo die Pathologie im Geburtsverlauf erkennbar beginne; das Ende der Hebammenkompetenz sei unter der Geburt des Klägers schon zeitlich vor der Gabe des Wehentropfes mit dem auffälligen CTG-Verlauf zur kindlichen Herzfrequenz ab ca. 21 Uhr erreicht gewesen. Die Berufsordnung der Hebammen habe den Beklagten zu 5. und 6. - so Prof. Dr. G2 abschließend - den Wehentropfeinsatz *ohne ärztliche Anordnung eindeutig nicht gestattet*. 52
- Der Senat entnimmt den vorstehenden überzeugenden Sachverständigenerläuterungen zu den Angaben der im Senatstermin angehörten Beklagten, dass auch die ärztlich nicht verordnete wehenfördernde Oxytozingabe am 09.04.1999 um 21.46 Uhr die Qualitätsstandards verletzte, welche für Geburten in der (beleg)ärztlich geleiteten Geburtsabteilung eines Krankenhauses etabliert waren, so dass den Beklagten zu 5. und 6. insoweit ein weiterer Behandlungsfehler zur Last fällt. 53
- d) Durch ihr behandlungsfehlerhaftes Vorgehen haben die beklagten Hebammen die beim Kläger bestehende schwerwiegende hypoxische Hirnschädigung verursacht. Der Senat geht unter Gesamtwürdigung aller gerichtlich eingeholten Sachverständigengutachten der Fachrichtungen Gynäkologie, Neonatologie und Neuropädiatrie davon aus, dass die verzögerte Hinzuziehung eines Arztes durch die geburtsbetreuenden Hebammen nach 21 Uhr die aufgetretene Sauerstoffminderversorgung und Hypoxiezeit des Feten so gravierend verlängerte, dass dadurch die nun vorhandene Hirnschädigung des Klägers *jedenfalls mitverursacht wurde* - ohne dass sich einzelne gesundheitliche Schädigungsfolgen abgrenzen lassen, zu denen die behandlungsfehlerhafte Geburtsverzögerung nicht beigetragen hat. 54
- aa) Die zwischen den Parteien streitige Frage, ob die hypoxische Hirnschädigung des Klägers durch das verzögerte Benachrichtigen des Beklagten zu 2. (welches erst um 21.46 Uhr erfolgte und zu seinem Erscheinen im Kreißaal gegen 22.55 Uhr führte) verursacht wurde, bejaht der Senat auf der Grundlage der eindeutigen Ergebnisse der ergänzenden Befassung des neonatologischen Sachverständigen Prof. Dr. y und des gynäkologischen Gutachters Prof. Dr. G2 in II. Instanz sowie unter Hinzuziehung der bereits erstinstanzlich eingeholten Gutachten dieser Sachverständigen wie der Neuropädiaterin Dr. V2. 55
- Zunächst hat Prof. Dr. G2 im Senatstermin anhand der konkret von den Beklagten geschilderten örtlichen und ausstattungsmäßigen Verhältnisse im M1 aus gynäkologischer Sicht erläutert, dass bei der gebotenen rechtzeitigen und dringlichen Benachrichtigung des diensthabenden Beklagten zu 2. von der CTG-Auffälligkeit (kindliche Tachykardie) kurz nach 21 Uhr dieser - wie von ihm selbst angegeben - binnen etwa 5 Minuten hätte vor Ort sein können und müssen, wobei sich ihm dann für ein fachgerechtes ärztliches Vorgehen nur die (in seinem ärztlichen Ermessen stehenden) Alternativen einer Überprüfung der kindlichen Sauerstoffversorgung durch MBU oder der Durchführung einer sofortigen vaginal-operativen 56

Entbindung gestellt hätten.

Eine schon gegen 21.10 Uhr durchgeführte MBU des Feten hätte dabei - so Prof. Dr. G2 - mit 57
weit mehr als 50 % Wahrscheinlichkeit einen pH-Wert von unter 7,20 ergeben (wie sich aus
dem postpartal tatsächlich ermittelten Nabelarterien-pH-Wert mit 6,92 ableiten lasse); dies sei
ein Befund, der zur sofortige Beendigung der Geburt durch vaginal-operative Entbindung
geführt hätte. Denn bei dem ganz überwiegend wahrscheinlich als MBU-Ergebnis zu
erwartenden pH-Wert von < 7,20 wäre wegen der metabolischen Azidose nach dem
geburtshilflichen Standard eine sofortige vaginal-operative Entbindung erforderlich gewesen -
die vorzugsweise bei vorangegangener MBU mittels Zangengeburt erfolgt wäre. Eine
gleichwohl unterbliebene sofortige operative Entbindung trotz eines pH-Wertes < 7,20 hätte
nach Prof. Dr. G2 wegen des darin liegenden Hinweises auf eine mögliche
Sauerstoffunterversorgung des Kindes einen elementaren und medizinisch unverständlichen
Fehler dargestellt.

Die andere fachlich richtige Vorgehensweise für den kurz nach 21 Uhr hinzu gerufenen 58
Gynäkologen wäre eine *sofortige operative Geburtsbeendigung* durch Vakuumextraktion oder
Zangengeburt gewesen. Es handelt sich nach Prof. Dr. G2 letztlich um eine im ärztlichen
Ermessen liegende Einzelfallentscheidung, wofür sich der Gynäkologe in der konkreten
Geburtssituation entscheidet - wobei der gynäkologische Sachverständige selbst die
unmittelbare vaginal-operative Entbindung bevorzugt haben würde, um angesichts der
dokumentierten Geburtsgeschwulst Blutverlustgefahren durch eine MBU zu vermeiden.

Der Senat folgt dem erfahrenen gynäkologischen Sachverständigen Prof. Dr. G2 auch dahin, 59
dass sowohl eine unmittelbar durchgeführte Vakuumextraktion als auch die alternativ bei
vorgeschnittener MBU mögliche Zangengeburt *weniger als 10 Minuten bis zur Entwicklung des
Kindes gedauert* hätten, weil sich wegen der zuletzt um 19.57 Uhr aufgespritzten PDA die zur
vaginal-operativen Entbindung nötigen Betäubungsvorbereitungen verkürzten. Bei der (mit
oder ohne vorgeschaltete MBU gleichermaßen gebotenen) Entscheidung für eine sofortige
vaginal-operative Entbindung durch den kurz nach 21 Uhr hinzu gerufenen Arzt wäre der
Kläger mithin realistischer Weise spätestens gegen 21.20 - 21.25 Uhr geboren worden. Prof.
Dr. G2 hat es angesichts der von dem Beklagten zu 2. geschilderten "kurzen Wege" zum
Kreißaal bei rechtzeitiger Telefoninformation durch die Hebammen für realistisch gehalten,
dass die (tatsächlich um 21.59 Uhr stattgehabte) Geburt des Klägers dann schon etwa 40
Minuten eher erfolgt wäre. Hierbei handelt es sich - so der gynäkologische Gutachter bei
seiner Anhörung durch den Senat - *schon um eine für die Frage der Hirnschädigung des
Kindes entscheidende Verkürzung der Geburt*; denn es sei mit den neonatologischen
Gutachten von Prof. Dr. y davon auszugehen, dass die Sauerstoffunterversorgung des
Klāgers "unter der Geburt" auftrat, so dass *in dieser Phase jede Minute in der Verkürzung
des Geburtsvorgangs zählte*. Im Falle einer Sauerstoffunterversorgung eines Kindes unter
der Geburt – von der auch Prof. Dr. G2 hier angesichts der CTG-Auffälligkeit bei der fetalen
Herzfrequenz ausgeht - besteht nach der von ihm referierten medizinischen Erfahrung ein
"sehr schmaler zeitlicher Grat", der darüber entscheidet, wann man im Ergebnis ein schwer
hirngeschädigtes Kind hat oder wann ein unauffälliges Kind herauskommt. Prof. Dr. G2 hat in
diesem Zusammenhang schließlich explizit nicht der Einschätzung des den Klāger
beratenden Privatgutachters Prof. Dr. G3 widersprechen wollen, wonach eine um etwa 40
Minuten vorgezogene Geburtsbeendigung den kindlichen Schaden hier mit sehr großer
Wahrscheinlichkeit verhindert hätte.

Die schon erstinstanzlich aktenkundigen gynäkologische Gutachtereinschätzung Prof. Dr. G 60
dahin, dass es am 09.04.1999 spätestens in der Zeit ab 21 Uhr zu einer

Sauerstoffminderversorgung des ungeborenen Kindes gekommen ist, hat sich - bei ersichtlich sorgfältiger Auswertung aller vorhandenen Behandlungsunterlagen - auch der neonatologische Sachverständige Prof. Dr. y eigen gemacht. Anknüpfend an die aus der CTG-Bewertung entnommenen gynäkologischen Hinweise auf eine fetale Sauerstoffunterversorgung hatte er bereits erstinstanzlich überzeugend dargelegt, dass die Schädigungen des Klägers überwiegend auf einen vorgeburtlichen Minderversorgungszustand zurückzuführen seien, der spätestens um 21 Uhr einsetzte und bis zur Geburt anhielt. Seine Schlussfolgerung hat Prof. Dr. y auch für den medizinischen Laien plausibel damit begründet, dass die wissenschaftlichen Kriterien zur Definition einer akuten Sauerstoffunterversorgung unter der Geburt vorliegend alle erfüllt seien. Den Zusammenhang zwischen schwerer Geburtsasphyxie und Hirnschädigung des Klägers bewertete der neonatologische Gutachter schon damals als "höchst wahrscheinlich", wobei er die "Hauptschädigung in der Zeit zwischen 21.00 Uhr und 21.59 Uhr" verortete. Soweit Prof. Dr. y bei seiner erstinstanzlichen Befassung noch restliche Zweifel daran hatte, ob die Hirnschädigung des Klägers (auch) auf andere Ursachen zurückgeführt werden könne, spielten diese angedachten weiteren Ursachen bereits seinerzeit für ihn schon wegen einzelner nicht stimmiger Facetten des postpartalen Erkrankungsbildes "nur eine untergeordnete Rolle" bzw. lieferten sie lediglich eine "Erklärung für einen Teil der neurologischen Symptomatik".

Die angesichts der denkbaren weiteren Schädigungsursachen sodann veranlasste zusätzliche neuropädiatrische Begutachtung durch Dr. V2 hat nach gründlicher körperlicher Untersuchung und Auswertung aller verfügbaren Anhaltspunkte aus der Krankengeschichte des Klägers ergeben, dass bei ihm *das typische Bild nach perinatalem (d.h. um die Geburt herum stattgehabtem) Sauerstoffmangel vorliegt*, wobei sich insgesamt für die befassten Neuropädiater *kein Anhalt* für ein von dem genannten Sauerstoffmangel unabhängiges neurologisches Krankheitsbild (wie z.B. eine tuberöse Hirnsklerose oder das Louis-Bar-Syndrom) ergab. Sowohl die schwere Spastik des Klägers mit nahezu vollkommener Bewegungsunfähigkeit als auch die früh aufgetretene Mikrozephalie sind nach dem neuropädiatrischen Gutachten Dr. V typische Folgen der perinatalen Sauerstoffunterversorgung.

61

Unter Hinzuziehung dieser erweiterten fachlichen Erkenntnisse ist der neonatologische Gutachter Prof. Dr. y bei seiner erneuten Befassung durch den Senat zu dem Schluss gelangt, dass das dramatische nachgeburtliche Geschehen (gekennzeichnet durch schwerste kindliche Übersäuerung, Asphyxie, frühe Krampfanfälle, Hirnödem) *an einer akuten während oder innerhalb der letzten 2 Stunden vor der Geburt erfolgten Minderversorgung des Gehirns keinen vernünftigen Zweifel lasse*. Es gebe *keine konkreten Anhaltspunkte*, die gegen eine *Mitursächlichkeit* der verzögerten ärztlichen Hinzuziehung nach 21 Uhr für die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie sprächen. Vielmehr sei die *Wahrscheinlichkeit sehr hoch*, dass die besagte Sauerstoffminderversorgung *sogar die Hauptursache der Schädigung des Klägers* gewesen sei. Das der Kläger nach seiner Geburt mit Streptokokken besiedelt gewesen sei, lassen sich zwar ein Mitwirken einer B-Streptokokkeninfektion an der erlittenen Gehirnschädigung nicht mit Sicherheit ausschließen; doch sei es sehr unwahrscheinlich, dass eine solche Streptokokken-B-Infektion eine wesentliche Ursache für der Hirnschädigung geliefert habe. Für eine schleichende gehirnschädigende Sauerstoffminderversorgung des Klägers in der Zeit vor dem 09.04.1999 gegen 21 Uhr fänden sich ebenfalls keine konkreten Hinweise, insb. nicht darauf, dass der Großteil der Hirnschädigung - sofern überhaupt mehrzeitig erfolgt - vor diesem Zeitpunkt eingetreten sei (etwa durch Plazentainsuffizienzen oder -infektion). Demgegenüber seien alle strengen internationalen Kriterien für eine schwere akute Sauerstoffunterversorgung des Feten in der Zeit ab 21 Uhr erfüllt.- Prof. Dr. y hat seine

62

diesbezüglichen Erwägungen schlussfolgernd dahin zusammengefasst, dass die Gehirnschädigung des Klägers auf eine hypoxisch-ischämische Enzephalopathie infolge intrauteriner Geburtsasphyxie zurückgehe, welche zeitlich höchstwahrscheinlich innerhalb der letzten 2 Stunden vor der Geburt anzusiedeln sei. Der Ablauf des konkreten hypoxisch-ischämischen Geschehens und seiner Folgezustände sei im Falle des Klägers überdurchschnittlich klar und gut dokumentiert; jedes Herbeireden einer anderen Schädigungsursache müsse als "spekulativ" bezeichnet werden.

Der Senat geht nach alledem auf der Grundlage der in beiden Instanzen eingeholten (im Aussagegehalt zur Schadensursächlichkeit einhelligen) Sachverständigeneinschätzungen aus den drei relevanten medizinischen Fachbereichen ohne irgendeinen vernünftigen Zweifel davon aus, dass die CTG-Veränderungen i.S.e. zunehmenden kindlichen Tachykardie tatsächlich eine fetale Hypoxie anzeigten, dass die von den Beklagten zu 5. und 6. zu verantwortende Verzögerung der ärztlichen Hinzuziehung den Geburtsverlauf in dieser Phase um rund 40 Minuten verlängerte und dadurch ein für die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie des Klägers in ihrer tatsächlichen Ausprägung nicht wegzudenkender und damit haftungsrelevanter Kausalbeitrag (zumindest im Sinne einer Mitursächlichkeit) geleistet wurde, ohne dass sich der Beitrag prozentual oder hinsichtlich einzelner Krankheitsauswirkungen abgrenzen lässt. Letzteres hat Prof. Dr. y auf ausdrückliche Nachfrage des Senates im Beweisbeschluss vom 20.08.2008 verneint. 63

Das behandlungsfehlerhafte Versäumnis einer rechtzeitigen und dringlichen Information des diensthabenden Gynäkologen über die CTG-Auffälligkeiten um kurz nach 21 Uhr verzögerte die Geburt des Klägers deshalb in einer Größenordnung von etwa 40 Minuten. Diese Verzögerung steht als zumindest mitursächlicher Kausalbeitrag zu der nun vorhandenen schwerstgradigen hypoxischen Hirnschädigung für den Senat außer Zweifel. 64

bb) Eine abweichende Beurteilung der Kausalitätsfrage wäre selbst dann nicht gerechtfertigt, wenn noch irgendwelche Zweifel an der Schadensursächlichkeit der aufgezeigten Hebammenversäumnisse für die hypoxische Hirnschädigung des Klägers verbleiben würden. Der Senat bewertet nämlich die von den Beklagten zu 5. und 6. zu verantwortenden Sorgfaltswidrigkeiten bei der Geburtsbetreuung in der Zeit zwischen kurz nach 21 Uhr und dem Hinzukommen des diensthabenden Gynäkologen *jedenfalls in ihrer Gesamtheit als grob behandlungsfehlerhaft*, so dass dem Kläger nach der ständigen Rechtsprechung eine (die Beweislast umkehrende) Beweiserleichterung für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden zugute kommt (vgl. Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl., Rdnr. 515 m.w.N. zur Rspr.). Eine solche Beweislastumkehr kommt anerkanntermaßen auch bei grob fehlerhaftem Verhalten des nichtärztlichen Personals – wie vorliegend den geburtsbetreuenden Hebammen - in Betracht (vgl. Steffen/Pauge, aaO, Rdnr. 543). 65

Bei der unterlassenen Arzthinuziehung in der Zeit ab ca. 21 Uhr und dem eigenverantwortlich indizierten Wehentropfeinsatz handelte es sich - wie die ergänzende Befragung des gynäkologischen Gutachters im Senatstermin ergeben hat, *in der Gesamtschau* um Verstöße gegen bewährte elementare Behandlungsregeln der Geburtshilfe, die aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich sind, weil sie einer aufmerksamen und gewissenhaften Hebamme schlechterdings nicht unterlaufen dürfen. 66

Dem steht nicht entgegen, dass Prof. G2 erstinstanzlich einen (isolierten) groben Hebammenfehler mit Blick auf die "Fehlinterpretation des CTG's durch die Hebammen" hat verneinen wollen, weil nach dem aufgezeichneten Kurvenverlauf "von einem derart niedrigen Nabelarterien-pH-Wert von 6,92 und einer so schweren Depression der Vitalparameter des 67

Kindes bei fehlender Bradykardie nicht auszugehen war". Wie bereits dargestellt, liegt der Kern des Vorwurfes gegen die beklagten Hebammen *nicht* darin, dass sie den *Grad oder die Schwere der kindlichen Gefährdung* (durch eine peripartale Sauerstoffunterversorgung) anhand der CTG-Aufzeichnungen verkannten; vielmehr fällt ihnen als Sorgfaltswidrigkeit zur Last, *durch eigenverantwortliches Fortsetzen der Geburtsbetreuung kompetenzüberschreitend die gebotene (rechtzeitige) ärztliche Überprüfung der Gefährdungslage vereitelt und weitere Gefährdungen des Kindes durch nicht ärztlich autorisierten Wehentropfeinsatz herbeigeführt zu haben*. - Diesbezüglich hatte Prof. Dr. G2 es schon in I. Instanz als "unverständlich" bezeichnet, dass die Hebammen bei pathologischem CTG noch etwa eine Dreiviertelstunde warteten, bis sie den Arzt hinzuzogen; auch hatte er aus ärztlicher Sicht von vorne herein die Kriterien eines groben Behandlungsfehlers *für den Fall* in Erwägung gezogen, dass "die Hebammen tatsächlich ohne Rücksprache mit dem Arzt den Wehentropf indizierten und die PDA veranlassten".

Die vertiefte Sachverständigenbefassung auf der Grundlage der im Senatstermin von Beklagtenseite im Einzelnen erläuterten Vorgehensweisen bei der Geburt des Klägers hat ergeben, dass Prof. Dr. G2 es "in der Gesamtschau der Ereignisse vom 09.04.1999" es als "*sehr unglücklich*" bewertete, "wie hier in der Verfahrensweise der nichtärztlichen Geburtshelfer mit Blick auf die CTG-Bewertung und den verabreichten Oxytozintropf die Hebammen- und Arztzuständigkeiten abgegrenzt wurden". Wiederholt hat der gynäkologische Sachverständige im Senatstermin auf die grundsätzliche Bedeutung dessen hingewiesen, dass die Hebammenkompetenz zur eigenverantwortlichen Geburtsleitung - wie überdies völlig unstrittig ist - nur Normalgeburten erfasst (vgl. a. § 2 II Zif. 5 HebBO NW) und vorliegend die deutlichen CTG-Hinweise auf mögliche Pathologien jedenfalls in der Zeit nach 21 Uhr für die bis dahin ohne ärztliche Anwesenheit geburtsbetreuenden Hebammen gleichsam die "Schnittstelle" zur ärztlichen Alleinkompetenz markierten. Ungeachtet des eine kindliche Tachykardie verzeichnenden eindeutig pathologischen Kurvenverlaufes haben die Beklagten zu 5. und 6. in der Zeit kurz nach 21 Uhr weder den rufbereiten Gynäkologen verständigt, noch ihn zur Frage des Wehentropfeinsatzes konsultiert, noch ihm bei seinem Ruf zum Kreißsaal gegen 21.46 Uhr über die CTG-Auffälligkeiten und/oder den Wehentropfeinsatz unterrichtet. Nicht zuletzt sprechen auch die handschriftlichen Vermerke des Beklagten zu 2. in der Geburtsakte zur "Epikrise" ("keine Information über CTG, Oxytozingabe und Notsituation") dafür, dass der Beklagte zu 2. die (behandlungsfehlerhaft) versäumten Benachrichtigungen und Eigenmächtigkeiten in der medikamentösen Vorgehensweise selbst für gravierend erachtete; bei seiner Anhörung durch den Senat hat er lebensnah und plausibel zugestanden, dass er über sein spätes Hinzurufen durch die Hebammen "sauer" und durch den stark asphyktischen Kindeszustand "geschockt" gewesen sei. Prof. Dr. G2 hatte korrespondierend damit schon bei seiner erstinstanzlichen Aktenauswertung den Eintrag zur "Epikrise" dahin gedeutet, dass er das ärztliche "Unverständnis" über die Verfahrensweise der Hebammen zum Ausdruck bringe.- Der Senat geht nach alledem – was die Gesamtschau der beiden Hebammenversäumnisse (vgl. oben zu 1 b) und c)) betrifft - von einem groben Behandlungsfehler der Beklagten zu 5. und 6. aus.

68

Die Versäumnisse der Hebammen in der Hinzuziehung ärztlicher Kompetenz sowohl zur Beurteilung der aus dem CTG abzuleitenden Gefährdungslage als auch zur Frage der Wehentropfindikation waren (nicht nur äußerst unwahrscheinlich) geeignet, eine Verschlechterung der kindlichen Sauerstoffversorgung und darüber einen nicht unerheblichen Verursachungsbeitrag zur peripartalen hypoxischen Hirnschädigung des Klägers zu bewirken. Nach der klaren Einschätzung Prof. Dr. G im Senatstermin hätte schon eine um ca. 20 Minuten frühere Geburtsbeendigung (zu der es bei einer rechtzeitigen ärztlichen Hinzuziehung infolge sachgerechter vaginal - operativer Entbindung jedenfalls gekommen

69

wäre) eine größere Chance gegeben die hypoxische Hirnschädigung des Klägers zu vermeiden; auch bzgl. der Auswirkungen des verabreichten Oxytocintropfes hat Prof. Dr. G2 ausgeführt, dass dieser die Akutbelastung des Klägers unter der Geburt gesteigert habe, wobei man *nicht* sagen könne, dass ein ursächlicher Beitrag des die Geburt zugleich verkürzenden Wehentropfeinsatzes zu der Hypoxieschädigung des Klägers nur äußerst unwahrscheinlich sei. Vielmehr könne man sachverständigenseits nicht ausschließen, dass der Oxytozintropf, dessen Einsatz den Herztonabfall des Feten bewirkte, nicht das "I-Tüpfelchen" ausgemacht habe, welches zur hypoxisch bedingten Hirnschädigung beim Kläger führte.

Weil die in der Gesamtschau grob fahrlässigen Hebammenverhältnisse bei seiner Geburt nicht nur äußerst unwahrscheinlich zu seiner hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie beitrugen, steht zugunsten des Klägers deshalb auch aufgrund der unter dem Gesichtspunkt des "groben Behandlungsfehlers" gerechtfertigten Beweislastumkehr fest, dass seine schwerwiegende hypoxische Hirnschädigung von den beklagten Hebammen verursacht wurde, so dass sie für diesen Gesundheitsschaden nebst dessen adäquat kausalen Folgen eintreten müssen. 70

2. Die Beklagten zu 1. und 2. haften als Gesamtschuldner für die vorstehenden Versäumnisse der ihnen - nach ärztlicher Übernahme der Geburtsleitung gegenüber der Mutter des Klägers - als Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfinnen unterstehenden Hebammen aus §§ 831, 830, 840 I BGB und wegen Verletzung der belegarztvertraglichen Pflichten. 71

Dem steht weder entgegen, dass die beklagten Hebammen keine Angestellten der beklagten gynäkologischen Belegärzte (sondern solche des Krankenhausträgers) waren, noch dass die schadensursächlichen Versäumnisse der Hebammen während der ärztlichen Abwesenheit vom Kreißsaal (bzw. sogar während des für den Beklagten zu 1. "dienstfreien" Wochenendes) auftraten. 72

a) Der erkennende Senat geht insofern von den in der arzt Haftungsrechtlichen Rechtsprechung anerkannten Grundsätzen aus, wonach der Belegarzt *von dem Zeitpunkt an* vertraglich (§ 278 BGB) wie deliktisch (§ 831 BGB) für Fehler der geburtsbetreuenden Hebamme(n) eintreten muss, *in dem die Leitung der Geburt zu seiner Vertragsaufgabe geworden ist* - auch wenn die fehlerhaft handelnde Hebamme nicht bei ihm angestellt war (vgl. BGH, VersR 1995, 706 ff.; VersR 2000, 1146 ff.; OLG Karlsruhe, OLGR 2002, 99 ff; OLG Stuttgart, OLGR 2001, 254 ff.). 73

Vorliegend war die Mutter des Klägers während ihrer Schwangerschaft Patientin in der gynäkologischen Gemeinschaftspraxis der Beklagten zu 1. und 2., wo sie primär von dem Beklagten zu 1. behandelt wurde. Weil die Beklagten zu 1. und 2. sich in einer auch nach außen gemeinsam geführten Praxis zur Erbringung gleichartiger Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet (Gynäkologie und Geburtshilfe) verbunden hatten, waren beide Ärzte Partner des *ambulant* Behandlungsvertrages mit der Mutter des Klägers und hafteten demnach für etwaige Versäumnisse des behandelnden Arztes in diesem Bereich gemeinschaftlich (vgl. etwa: BGH, VersR 2000, 1146 ff.; OLG Stuttgart, aaO m.w.N.). Zur Beurteilung der Haftungsverantwortlichkeiten für die hier in Rede stehende stationäre Behandlung in einem Belegkrankenhaus, folgt der Senat der gefestigten Rechtsprechung, wonach der Behandlungsvertrag der Patientin mit dem die Schwangerschaft betreuenden Gynäkologen dann fortbesteht, wenn sie sich in ein Belegkrankenhaus begibt, in dem er Belegarzt ist und dieser dort die Behandlung fortsetzt - es sei denn, dass eine Änderung in den vertraglichen Beziehungen erkennbar gemacht worden wäre (BGH, aaO; OLG Stuttgart, aaO). Angesichts der hier unstrittigen Umstände, wie die belegärztliche Behandlung am 74

06.04.1999 begonnen und in den Tagen danach fortgeführt wurde, geht der Senat davon aus, dass die Entbindung der Mutter des Klägers am 09.04.1999 *Bestandteil der belegärztlichen Vertragsaufgabe sowohl des Beklagten zu 1. wie des Beklagten zu 2. war*. Der Beklagte zu 2. hat dem Senat auf Befragen bestätigt, dass er mit dem Beklagten zu 1. eine gynäkologische Gemeinschaftspraxis betreibe, sie auch beide die einzigen gynäkologischen Belegärzte am M1 seien und man dort die Patientinnen - bei gemeinsamer Abrechnung - auch gemeinsam in zeitlich wechselnden "Diensten" gynäkologisch betreue.

Dass die Mutter des Klägers sich eine Geburt *unter ärztlicher Leitungsverantwortlichkeit der sie bislang ambulant betreuenden Gynäkologen* wünschte, kann vorliegend auch deshalb nicht ernsthaft bezweifelt werden, weil sie sich auf die Krankenseinweisung des Beklagten zu 1. hin unter der Diagnosestellung "Plazentainfarkte" am vermeintlich rechnerischen Entbindungstag in der 41. SSW in diejenige Belegklinik begab, die der einweisende Behandler als Facharzt für Geburtshilfe (gemeinsam mit seinem Kollegen) ausschließlich belegärztlich betreute (vgl. dazu etwa: OLG Zweibrücken, NJWE-VHR 1996, 63 ff.). Unstreitig ergriffen die belegärztlich tätigen Beklagten zu 1. und 2. sodann beide beginnend mit dem Aufnahmetag bis zum Tage der Geburt des Klägers durch Anordnung und Verabreichung von Akupunkturstimulationen und Prepidilgel gezielte geburtseinleitende Maßnahmen, wobei sie - wie der Beklagte zu 2. im Senatstermin geschildert hat, auch im Falle der erwarteten Geburt des Klägers die ständige belegärztliche Erreichbarkeit dadurch zu gewährleisten suchten, dass jeweils einer von ihnen "Dienst" hatte, und dabei entweder in der Klinik anwesend war oder im Bedarfsfall telefonisch aus der nahen Praxis bzw. Wohnung hinzu gerufen werden konnte. Dementsprechend erfuhr der am 09.04.1999 diensthabende Beklagte zu 2. über seine Rücksprache mit der Assistenzärztin des Hospitals am frühen Nachmittag bereits vor Wahrnehmung der Praxisprechstunde, dass die Mutter des Klägers nach Blasensprung nun von der Station in den Kreißsaal gehe; auch erkundigte er sich nach dem Sprechstundenende gegen 18 Uhr telefonisch im Kreißsaal hinsichtlich ihres Geburtsfortschritts und erfuhr, dass dieser bis dahin einen normalen Verlauf genommen hatte. Schließlich erwartete er - wie der Beklagte zu 2. auf Nachfrage Prof. Dr. G bestätigt hat - auch im Falle eines unauffälligen Geburtsverlaufes die Benachrichtigung durch die diensttuenden Hebammen zur Gewährleistung seiner persönlichen Anwesenheit etwa für die letzten 20 Minuten der Geburt. All diese ärztlichen Aktivitäten belegen nach Auffassung des Senates zweifelsfrei, dass der Beklagte zu 2. aufgrund der organisatorischen Absprache unter den gynäkologischen Belegärzten - in Erfüllung der ihnen beiden vertraglich wie deliktisch obliegenden Aufgabe - *die (ärztliche) Leitung der Geburt des Klägers am 09.04.1999 insgesamt übernommen hatte*, so dass die beklagten Hebammen in ihrem Vorgehen konkret dem belegärztlichen Weisungs- und Leitungsrecht unterstanden. Die dabei zutage getretenen schadensursächlichen Behandlungsfehler müssen sich die beklagten Belegärzte nach § 278 BGB zurechnen lassen; die von den Hebammen als belegärztliche Verrichtungsgehilfinnen widerrechtlich zugefügten Schädigungen verpflichten die Belegärzte gleichermaßen nach § 831 I 1 BGB zum Schadensersatz.

b) Die Beklagten zu 1. und 2. haben schließlich - was die deliktische Haftung aus § 831 I BGB betrifft - weder den ihnen als "Geschäftsherren" möglichen Entlastungsbeweis hinsichtlich eigener Pflichtverletzungen (bzgl. Auswahl, Überwachung und Leitung) geführt, noch bewiesen, dass der Gesundheitsschaden selbst bei Anwendung der ihrerseits erforderlichen Sorgfalt entstanden wäre (§ 831 I 2 BGB).

Es genügt nicht, sich darauf zu verlassen, dass die am 09.04.1999 diensthabenden Hebammen über (damals) annähernd 6 bzw. 13 Jahre einschlägige Berufserfahrung verfügten, die Beurteilung von CTG's zum Ausbildungsstoff ihrer Hebammenprüfung gehört

hatte und es während ihrer mehrjährigen Anstellung im M1 noch keine (sie betreffenden) Beschwerden, Er- oder Abmahnungen gegeben hatte. Wie der vorliegende Fall zeigt, birgt gerade der berufliche Hebammenalltag ungeachtet einer Vielzahl erfolgreich bewältigter Geburtssituationen *Gefahren, die aus der Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe resultieren und jedenfalls bei der ärztlich verantworteten Geburt klare Regeln zur Gewährleistung des geschuldeten Facharztstandards klinischer Geburtshilfe erfordern*. Von solchen Gefahren zeugen nicht zuletzt die zwischenzeitlich (erstmals im Februar 2000) von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erarbeiteten "Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe" und die von Prof. Dr. G2 im Senatstermin als spätere Entwicklung erwähnten Zertifizierungsanforderungen in diesem Bereich. Zur Vermeidung "schleichender", oftmals womöglich folgenlos gebliebener und deshalb nicht aufgefallener Kompetenzüberschreitungen (wie sie hier in der Nichtbeachtung eindeutig pathologischer CTG-Aufzeichnungen und Veranlassung ärztlich nicht autorisierter Wehenförderung zutage traten) waren klare belegärztliche Regelungsvorgaben und eine geeignete Überwachung von deren Einhaltung in der täglichen Zusammenarbeit nötig. Wie die Vernehmung der Zeugin U vor dem Landgericht und die Anhörung der Beklagten zu 2., 5. und 6. ergeben haben, gab es jedoch zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Geburt keine über die "Arbeitseinweisung Kreißsaal" vom 01.01.1998 hinausgehenden Konkretisierungen, bei welchen CTG-Aufzeichnungen die Hebammen zwingend den Arzt zu verständigen hatten. So konnten sich je nach persönlicher Erfahrung mit suspekten oder pathologischen CTG-Verläufen auch bei regelmäßigen Visitenbesprechungen im Kreißsaal zum "Tagesgeschäft" durchaus unterschiedliche Auffassungen der beteiligten Hebammen entwickeln, wann ein "abnormales CTG" im Sinne der "Arbeitseinweisung" gegeben war. Hierfür spricht, dass etwa die Beklagte zu 6. nach ihren Schilderungen im Senatstermin beim Hören der hohen kindlichen Herzschlagfrequenz des Klägers zunächst nicht weiter beunruhigt war, weil sie eher niedrige kindliche Herzfrequenzen für gefährlich einstufte. Hinzu kommt, dass zum Zeitpunkt der schadensursächlichen Geburt weder ein Lehrbuch zur CTG-Bewertung auslag (welches im Zweifel hätte zu Rate gezogen werden können), noch damals regelmäßige Hebammenschulungen zur Aktualisierung des Ausbildungswissens stattfanden; dies hat schon die erstinstanzliche Beweisaufnahme durch Vernehmung der Zeugin U ergeben. Die übereinstimmende Einschätzung beider beklagter Hebammen im Senatstermin, dass man bei tachykarder kindlicher Herzfrequenz aufgrund der bestehenden Hebammenerfahrungen keine Bedenken gehabt habe, dem Kind ohne ärztliche Rückversicherung mittels eines angehängten Wehentropfes "noch einen Schubs zu geben", widerspricht zudem der im Senatstermin referierten Auffassung des Beklagte zu 2., ein solches Vorgehen habe nach der damaligen Handhabung einer vorherigen Anfrage bedurft; auch hierin offenbart sich erneut das Defizit einer für die geburtshilfliche Zusammenarbeit nicht ausreichend abgestimmten Kompetenzabgrenzung seitens der Beklagten zu 1. und 2. - die sich nach dem streitgegenständlichen Vorfall mit gutem Grund zu einer erheblich umfangreicheren Dienstanweisung für Hebammen (unter Einschluss von Medikationskompetenzregelungen) veranlasst gesehen haben.

Dass die Beklagten zu 5. und 6. ausreichend klaren Vorgaben zur ärztlichen Zuziehung und eigenverantwortlichen Wehentropfindikation nicht gefolgt wären, wenn es sie bei der Geburt des Klägers schon gegeben hätte, lässt sich nicht feststellen. Der Senat hat nach der persönlichen Anhörung der beklagten Hebammen nicht den Eindruck gewonnen, dass diese sich entsprechenden ärztlichen Grenzziehungen verschlossen haben würden.

78

3.

79

80

Das angefochtene Urteil hat dem Kläger zu Recht für die infolge seiner Geburtsschädigung erlittenen Schmerzen und weiteren körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen als billige Entschädigung gemäß § 847 BGB a.F. i.V.m. Art. 229 § 8 I EGBGB ein Schmerzensgeldkapital i.H.v. 500.000 € zugesprochen.

Der Kläger ist nach der neonatologischen Auswertung der beigezogenen 81
Behandlungsunterlagen durch Prof. Dr. y ein "schwerst mehrfach behindertes Kind" - was sich vor allem in einer Mikrozephalie, einer starken Entwicklungsverzögerung mit beständiger Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, nicht sicher einzuschätzenden Kontaktaufnahmemöglichkeiten, einer weitgehenden Blindheit, der Unfähigkeit zur Nahrungsaufnahme (bei künstlicher Magensondenernährung), spastischer Lähmung von Armen und Beinen mit Hüftgelenksverrenkung (bei Notwendigkeit orthopädischer Hilfsmittel) und einem seit der Geburt bestehenden Krampfanfallsleiden äußert. Im Rahmen der neuropädiatrischen Begutachtung zeigten sich bei der körperlichen Untersuchung des Klägers im Juni 2006 trotz wachen Zustandes keine sichtbare Reaktion auf Ansprache, u.a. ein generalisierter Muskeltonus mit sämtlich deutlich gesteigerten Muskeleigenreflexen, eine angestrengt wirkende Atmung, eine äußerst spärliche Spontanmotorik, keine Reaktion auf Licht- oder akustische Reize und beim passiven Herausheben aus der Sitzschale kurze ruckartige Extremitätenstreckungen sowie ein leises inkonstantes "Jammern". Mehrmals täglich treten Krampfanfälle auf. Wie die Schilderungen des im Senatstermin gemäß § 141 III ZPO persönlich angehörten leiblichen Vaters des Klägers eindrucksvoll ergaben, haben sich die Auswirkungen der cerebralen Beeinträchtigung seither nicht verbessert, obschon der Kläger sich seit Mitte des Jahres 2005 vorwiegend in einem Internat mit Förderschwerpunkt für Blinde und Sehbehinderte in Q befindet. Vielmehr bietet der Kläger auch nach Erreichen seines 10. Lebensjahres das Bild eines völlig hilflosen, praktisch blinden und tauben von Spastiken und Krampfanfällen gequälten Kindes, das selbst auf Hautkontakte kaum noch positiv reagiert.

Eine weitergehende Zerstörung der menschlichen Persönlichkeit und gravierendere 82
Schädigung in allen Lebensqualitäten ist für den Senat - der des Öfteren mit schweren bis schwersten Geburtsschädigungen befasst ist - praktisch nicht vorstellbar. Dem Kläger ist jede Möglichkeit auf eine körperliche und geistige Entwicklung genommen; sein Leben ist weitgehend auf die Aufrechterhaltung vitaler Funktionen, die Bekämpfung von Krankheiten und Vermeidung von Schmerzen beschränkt. Hierbei sind - wie den Schilderungen des Vaters und den zahlreich eingereichten Krankenhausberichten zu entnehmen ist - immer wieder auch stationäre Behandlungen und operative Eingriffe vonnöten, die den ohnehin in allen Belangen schwerst beeinträchtigten Kläger zusätzlich belasten.

Der Senat (vgl. etwa : OLG Hamm, VersR 2002, 1163; 2004, 386) hat - wie auch andere 83
Gerichte (vgl. etwa OLG Köln, VersR 2007, 219; OLG Stuttgart, VersR 2009, 80 und Nachweise bei Strücker-Pitz, VersR 2007, 1466, 1467) - in der jüngeren Vergangenheit für *Beeinträchtigungen eines derartigen Ausmaßes* angesichts des hohen Wertes, den die Art. 1 und 2 GG der Menschenwürde beimessen, ein *Schmerzensgeld i.H.v. 500.000 € zuerkannt*. Unter Abwägungen aller Umstände des vorliegend zu entscheidenden Einzelfalls erscheint auch in diesem Rechtsstreit zum Ausgleich der bestehenden Geburtsschwerstschädigung die Zuerkennung eines Schmerzensgeldes von 500.000 € billig, angemessen und erforderlich.

Der vom Landgericht zu Recht ausgesprochene immaterielle Vorbehalt zukünftiger 84
Beeinträchtigungen im Feststellungsausspruch rechtfertigt keine Herabsetzung eines Schmerzensgeldbetrages, der für den im Zeitpunkt des Schlusses der mündlichen Verhandlung absehbaren Zustand angemessen ist (vgl.: Geiß/Greiner, Arzthaftungsrecht, 6.

- Die zuerkannte Verzinsung des Schmerzensgeldes beruht auf §§ 288, 291 BGB a.F.. 85
4. Die im angefochtenen Urteil ausgesprochene *Feststellung* der gesamtschuldnerischen *Ersatzpflicht für unvorhersehbare immaterielle Zukunftsschäden* ist auch aufrecht zu erhalten. 86
Der Berufungseinwand der Beklagten, dass aufgrund der Schwere der Behinderung keine unabsehbaren (weiteren) Leiden des Klägers infolge seiner Geburtsschädigung denkbar seien, teilt der Senat nicht. - Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (MDR 2001, 764, 765) darf die Möglichkeit eines weiteren Schadenseintritts als Spätfolge des Schadensereignisses - und damit ein Feststellungsinteresse - nur dann verneint werden, wenn aus Sicht des Klägers bei verständiger Würdigung der Umstände *kein Grund* besteht, *mit dem Eintritt unvorhersehbarer Schadensfolgen wenigstens zu rechnen*. Im Falle des schwerstgeschädigten jetzt 10-jährigen Klägers wird schon angesichts seines schweren Krampfanfalleidens und der Infektanfälligkeit aus Sicht des Geschädigten nicht vernünftigerweise auszuschließen sein, dass sich zukünftig noch unabsehbare weitere Beeinträchtigungen ergeben - etwa mit Blick auf die vom Klägervertreter im Senatstermin erwähnte offene Entwicklung der Atemfunktionssituation.
5. Schließlich ist - auf die Berufung des Klägers - die gesamtschuldnerische Ersatzpflicht der 87
Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. bezüglich sämtlicher - mithin auch der vergangenen - materiellen (kongruenten) Schäden aus der fehlerhaften Geburtsleitung vom 09.04.1999 festzustellen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden.
- Das Landgericht – das aus Sicht des Senates künftig die Frage der Einzelrichterzuständigkeit 88
in derart komplexen Arzthaftungsverfahren kritisch überprüfen sollte (vgl. Geiß/Greiner, aaO, E 35) - musste wegen der dem Grunde nach berechtigten gesamtschuldnerischen Haftung der Beklagten zu 1., 2., 5. und 6. dem Feststellungsbegehren *auch bzgl. der bereits entstandenen materiellen Folgen aus der streitgegenständlichen Geburtsschädigung* stattgeben. Das angefochtene Urteil hat zu Unrecht das nach § 256 I ZPO erforderliche Feststellungsinteresse des Klägers im Hinblick auf die mögliche Bezifferung einzelner materieller Schadenspositionen zur Geltendmachung im Rahmen einer Leistungsklage verneint.
- Es ist anerkanntes Recht, dass bei anspruchsbegründenden Schadenssachverhalten, bzgl. 89
derer – wie vorliegend - die Schadensentwicklung noch nicht abgeschlossen ist, ungeachtet teilweise bezifferbarer Schadenspositionen ein Feststellungsinteresse des Gläubigers besteht (vgl. OLG Saarbrücken, OLGR 2001, 240, 243 m.w.N.). Eine allgemeine Subsidiarität der Feststellungsklage gegenüber der Leistungsklage kann jedenfalls in solchen Fallgestaltungen nicht angenommen werden, bei denen das begehrte Feststellungsurteil zu einer sinnvollen und sachgemäßen Erledigung der aufgetretenen Streitpunkte führt oder führen kann - etwa weil zu erwarten ist, dass der haftpflichtversicherte Beklagte sich einem Feststellungsausspruch beugen wird (vgl. z.B. OLG Zweibrücken, NJWE-VHR 1996, 63 ff. m.w.N.). Es entspricht der Prozesswirtschaftlichkeit, die in solchen Fällen zwischen den Parteien vorrangig streitigen Fragen zum Haftungsgrund zunächst im Zivilprozess durch Feststellungsurteil dem Grunde nach zu klären, weil zu erwarten steht, dass auf dieser Grundlage auch etwaige bereits entstandene materielle Ansprüche ohne Einschaltung der Gerichte geregelt werden können. So liegt auch hier nahe, dass der geschädigte Kläger anhand der gerichtlichen Feststellungen zum Haftungsgrund mit den Haftpflichtversicherern der beklagten gesamtschuldnerisch haftenden Geburtshelfer (Ärzte und Hebammen) eine einvernehmliche Regulierung der im Einzelnen bereits entstandenen Schadenspositionen

wird herbeiführen können.

6. Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91, 97, 516 III, 708 Zif. 10, 711 ZPO. 90

Die Revision war nicht zuzulassen. Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung; weder die Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erfordern eine Entscheidung des Revisionsgerichts. 91