
Datum: 08.11.2010
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 3. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 3 U 40/10
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2010:1108.3U40.10.00

Vorinstanz: Landgericht Münster, 11 O 133/06

Tenor:

Die Berufungen der Beklagten gegen das am 28.01.2010 verkündete Urteil der 11. Zivilkammer des Landgerichts Münster werden zurückgewiesen.

Die Beklagten tragen die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die durch die Nebenintervention entstandenen Kosten werden der Streithelferin der Beklagten auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Den Beklagten wird gestattet, die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 120 % des zu vollstreckenden Betrages abzuwenden, wenn nicht der Kläger zuvor in gleicher Höhe Sicherheit leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

A.

Die Beklagte zu 1., die niedergelassene Gynäkologin ist, stellte bei der Mutter des Klägers am 24.06.2002 eine Schwangerschaft in der 14. Woche fest. Zu diesem Zeitpunkt wog die Mutter des Klägers 90 kg bei einer Größe von 1,76 m.

1

2

3

4

Im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung am 11.11.2002 stellte die Beklagte zu 1. bei der Mutter des Klägers einen 3-fach erhöhten Urinzuckerwert fest. Zwischen den Parteien ist streitig, ob die Mutter des Klägers anlässlich dieses Wertes erklärte, sehr süß zu essen. Jedenfalls vermerkte die Beklagte zu 1. in ihrer Dokumentation:

„...Gluc +++, isst sehr süß...Gestationsdiabetes,...alles weglassen, evtl. bei nächster Vorsorge mit OGTT, wenn Gluc. pos....“ und riet zur zuckerarmen Ernährung und einem Kontrolltermin in 14 Tagen.

5

Bei der nächsten Vorsorgeuntersuchung bei der Beklagten zu 1. am 25.11.2002 war der Urinzuckerwert unauffällig. Die Mutter des Klägers wog zu diesem Zeitpunkt 107,1 kg.

6

Nachdem die Mutter des Klägers am 03.12.2002 bei ihrem Hausarzt über Wassereinlagerungen und einen Gewichtssprung geklagt und dieser die Informationen telefonisch an die Beklagte zu 1. weitergegeben hatte, riet die Beklagte zu 1. zu einer Vorstellung bei ihr am Folgetag, dem 04.12.2002. Dem kam die Mutter des Klägers nicht nach.

7

Sie stellte sich am 05.12.2002 in der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses der Beklagten zu 2. zur Beratung über eine mögliche Sectio vor. Die bei dieser Gelegenheit dort erhobenen Befunde (Urin, Blutdruck, Cardiogramm, Temperatur) waren sämtlich unauffällig.

8

Als die Beklagte zu 1. am 20.12.2002 bei der Mutter des Klägers einen 2-fach erhöhten Urinzuckerwert feststellte und das CTG Auffälligkeiten aufwies, ordnete sie die sofortige Vorstellung im Krankenhaus der Beklagten zu 2. an.

9

Dort wurde am 20.12.2002 von 12.50 Uhr bis 15.05 Uhr ein CTG erstellt. Aufgrund des ausweislich der Dokumentation (Operationsbericht) als „hochpathologisch“ gewerteten CTG und des Verdachts auf ein Amnioinfektionssyndrom bei einem CRP-Wert der Mutter des Klägers von 124 mg/l fiel um 15.00 Uhr die Entscheidung zur Sectio, die um 15.05 Uhr eingeleitet wurde. Um 15.55 Uhr wurde der Kläger geboren und an den anwesenden Pädiater übergeben. Zum Zeitpunkt der Geburt wurde aus dem Nabelarterienblut ein pH-Wert von 7,09 ermittelt. Der Blutzucker war nicht messbar.

10

Um 18.05 Uhr wurde der Kläger in die Neugeborenen-Intensivstation bei der Streithelferin eingeliefert. Bereits am ersten Lebenstag des Klägers bildete sich ein Hirnödem. Am Folgetag entwickelten sich cerebrale Krampfanfälle. In der Folgezeit traten ein Hirninfarkt sowie eine Aortenbifurkationsthrombose auf.

11

Der Kläger leidet seit der Geburt unter schweren geistigen und körperlichen Behinderungen.

12

Der Kläger hat in I. Instanz behauptet, die Beklagte zu 1. habe fehlerhaft eine Aufklärung über die Möglichkeit eines oralen Glukosetoleranztests (im Folgenden: OGTT) unterlassen. Spätestens am 11.11.2002 sei die Durchführung eines OGTT angesichts der bestehenden Glukosurie erforderlich gewesen. Trotz verschiedener Symptome wie der Gewichtszunahme und dem grenzwertigen Blutdruck der Kindsmutter sowie der Makrosomie des Klägers habe die Beklagte zu 1. eine weitere Diagnostik unterlassen. Bei ordnungsgemäßer Diagnostik sei der Schwangerschaftsdiabetes frühzeitig erkennbar gewesen. Im übrigen habe es der Beklagten zu 1. obliegen, die Mutter des Klägers nicht in das Krankenhaus der Beklagten zu 2., sondern in eine spezialisierte Klinik einzuweisen. Das Krankenhaus der Beklagten zu 2. habe die Sectio verspätet eingeleitet und trotz der Alarmzeichen in Gestalt eines 2-fach erhöhten Urinzuckerwertes und eines pathologischen CTG Behandlungsmaßnahmen

13

unterlassen. Die Fehler der Beklagten seien ursächlich für das beim Kläger aufgetretene Schadensbild.

Der Kläger hat beantragt, 14

die Beklagten gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an ihn ein der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld, mindestens in Höhe von 250.000,00 €, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu Händen der Eltern zu zahlen, zudem 15

festzustellen, dass die Beklagten gesamtschuldnerisch verpflichtet sind, ihm allen materiellen Schaden zu ersetzen, welcher auf die präpartale und postpartale Versorgung in der Zeit vom 24.06.2002 bis 26.12.2002 entstanden ist und künftig noch entsteht, soweit nicht Ansprüche auf öffentlich-rechtliche Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden. 16

Die Beklagten und die Streithelferin haben beantragt, 17

die Klage abzuweisen. 18

Die Beklagte zu 1. hat behauptet, ein OGTT sei zu keiner Zeit geboten gewesen. Die Beklagte zu 2. hat behauptet, selbst eine um drei Stunden vorgezogene Sectio habe die Entwicklung einer diabetischen Fetopathie nicht verhindern können. 19

Wegen des weitergehenden erstinstanzlichen Sachvortrags wird auf den Tatbestand der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen. 20

Das Landgericht hat der Klage nach Einholung schriftlicher Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. T, Prof. Dr. I und Prof. Dr. T2 nebst jeweiliger mündlicher Erläuterung unter Bemessung des Schmerzensgeldanspruchs mit einem Betrag von 300.000,00 € stattgegeben. Zur Begründung ist im Wesentlichen ausgeführt, dass die Nichtvornahme eines OGTT jedenfalls ab dem 11.11.2002 wegen der zu diesem Zeitpunkt festgestellten Glukosurie einen groben Behandlungsfehler der Beklagten zu 1. darstelle, der wahrscheinlich zu der beim Kläger eingetretenen Schädigung geführt habe. Dass auch weitere Ursachen, nämlich eine Geburtsasphyxie und ein genetisch erhöhter Lipoprotein (a)-Spiegel, für das eingetretene Schadensbild mitursächlich sein könnten, ändere an der Haftung der Beklagten zu 1. für das gesamte Schadensbild nichts. Denn eine genaue Abgrenzung der verschiedenen Ursachen sei nicht möglich. Der Beklagten zu 2. sei nicht bereits deshalb ein fehlerhaftes Handeln anzulasten, weil am 05.12.2002 in ihrem Krankenhaus keine weiteren Untersuchungen vorgenommen worden seien, denn es sei nicht von einer Behandlungsübernahme i.S.d. Schwangerschafts-vorsorgeuntersuchungen durch die Beklagte zu 2. auszugehen. Die Beklagte zu 2. treffe aber der Vorwurf des groben Behandlungsfehlers durch eine angesichts eines bereits um 13.50 Uhr reaktionspflichtigen, da pathologischen CTG zu späte Indikationsstellung zur Sectio sowie durch einen zu langen Zeitraum zwischen der Entscheidung zur Sectio und der Entbindung. Auch die Beklagte zu 2. habe den Beweis, dass sich ihr grob fehlerhaftes Handeln nicht in dem beim Kläger aufgetretenen Schaden ausgewirkt habe, nicht geführt. Die Ansprüche seien nicht verjährt. Angesichts dessen, dass der Kläger zwar schwer, aber nicht in der denkbar schwersten Form hirngeschädigt sei, sei der ausgerichtete Schmerzensgeldbetrag angemessen. 21

Gegen dieses Urteil haben die Beklagten form- und fristgerecht Berufung eingelegt. 22

23

Die Beklagte zu 1. macht unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vortrags geltend, das Landgericht sei jedenfalls zu Unrecht von einem groben Behandlungsfehler ausgegangen. Weder im Jahr 2002 noch heute gebe es verbindliche Empfehlungen in den Mutterschutzrichtlinien für die Durchführung eines vorsorglichen OGTT bei Risikofaktoren in der Frühschwangerschaft. Angesichts dessen, dass bei der im nicht nüchternen Zustand der Mutter des Klägers durchgeführten Kontrolluntersuchung am 25.11.2002 normale Werte gemessen worden seien, habe man davon ausgehen können, dass Ursache für den am 11.11.2002 erhöhten Wert das bis dahin sehr süße Essverhalten der Mutter gewesen sei. Gleiches gelte für das Gewicht der Mutter. Ein BMI von etwas weniger als 27 sei noch keine Adipositas, die als Risikofaktor möglicherweise Anlass zur Durchführung eines OGTT gebe.	
Die Beklagte zu 2. greift die Feststellung des Landgerichts, dass die Sectio früher hätte durchgeführt werden müssen, ausdrücklich nicht an. Sie vertritt jedoch die Auffassung, das Landgericht sei zu Unrecht von einem groben Behandlungsfehler ausgegangen. Im übrigen habe eine Geburtsasphyxie nicht stattgefunden bzw. jedenfalls nicht zur Hirnschädigung des Klägers beigetragen. Gegen eine solche Ursächlichkeit spreche das im MRT sichtbare Schädigungsmuster. Zudem seien die Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. T2 betreffend das Basendefizit unzutreffend, so dass tatsächlich keine schwere, sondern nur eine mäßige Azidose bestanden habe. Die Ursache der gesundheitlichen Schädigungen des Klägers sei daher allein auf den nicht erkannten Gestationsdiabetes der Mutter zurückzuführen, wobei die Leponexeinnahme der Mutter einen weiteren ungünstigen Einfluss ausgeübt habe.	24
Die Beklagte zu 1. und 2. beantragen,	25
unter Abänderung des Urteils des Landgerichts Münster vom 28.01.2010 die jeweils gegen sie gerichtete Klage abzuweisen.	26
Die Streithelferin schließt sich diesen Anträgen an.	27
Der Kläger beantragt,	28
die gegnerischen Berufungen zurückzuweisen.	29
Er wiederholt und vertieft im Wesentlichen sein erstinstanzliches Vorbringen.	30
Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die zwischen ihnen gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.	31
Das Landgericht hat Beweis erhoben durch ergänzende mündliche Anhörung der Sachverständigen Prof. Dr. T, Prof. Dr. I und Prof. Dr. T2. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Berichterstattevermerk vom 30.11.2010 Bezug genommen.	32
B.	33
Die zulässigen Berufungen der Beklagten zu 1. und 2. haben in der Sache keinen Erfolg.	34
I.	35
Das Landgericht ist zu Recht von einer gesamtschuldnerischen Haftung der Beklagten zu 1. und 2. gegenüber dem Kläger aus den mit seiner Mutter geschlossenen Behandlungsverträgen gemäß §§ 253 Abs. 2, (278), 280 Abs. 1, 421 BGB bzw. aus deliktischer Haftung gemäß §§ 823 Abs. 1, (831), 840 BGB ausgegangen.	36

1.	37
Die Haftung der Beklagten zu 1. ergibt sich auf folgender Grundlage:	38
a)	39
Die Tatsache, dass die Beklagte zu 1. bei der Mutter des Klägers keinen OGTT durchgeführt hat, stellt einen Behandlungsfehler dar. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T in seinem schriftlichen Gutachten vom 22.01.2008, die er in den mündlichen Erläuterungen vor dem Landgericht und dem Senat wiederholt hat, bestand auf der Grundlage der im Jahr 2001 in Kraft getretenen Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Gestationsdiabetes“ bereits wegen des Risikofaktors der schon vor Schwangerschaftsbeginn bestehenden zumindest grenzwertigen Adipositas der Mutter des Klägers (90 kg bei einer Größe von 1,76 m) – diese Werte wurden von der Beklagten zu 1. am 24.06.2002 in den Mutterpass eingetragen	40
- die Indikation für die Durchführung eines OGTT. Dass die Mutterschaftsrichtlinie, die die Schwangerschaftsvorsorge verbindlich regelt, einen	41
OGTT nicht erwähnt, steht der Annahme eines Behandlungsfehlers nicht entgegen. Denn der Sachverständige hat plausibel darauf verwiesen, dass bei auffälligen Befunden oder dem Vorliegen von Risikofaktoren die Diagnostik über die Mutterschaftsrichtlinie hinausgehen muss. Unter Hinweis darauf, dass es aufgrund der erst ab einer bestimmten Schwelle einsetzenden Reaktion der Niere auch Fälle von fehleingestelltem Diabetes ohne feststellbare Glukosurie gebe, hat der Sachverständige zudem die Auffassung der Beklagten zu 1. entkräftet, laut der Leitlinie müsse die Glukosurie zweimal vorliegen, um einen OGTT notwendig zu machen. Im übrigen hat der Sachverständige nachvollziehbar darauf verwiesen, dass sich der Leitlinie nicht entnehmen lässt, dass erst zwei oder mehr pathologische Befunde Veranlassung zur Durchführung eines OGTT geben. Insofern hat auch der von der Beklagten zu 1. beauftragte Privatgutachter Prof. Dr. X im Senatstermin eingeräumt, dass es sicher ein Fehler war, dass kein OGTT gemacht wurde.	42
aa)	43
Jedenfalls ab dem 11.11.2002 verstieß diese unterlassene Befunderhebung gegen fundamentale ärztliche Regeln und war damit grob fehlerhaft. Das steht nach den übereinstimmenden Bewertungen sowohl des gynäkologischen Sachverständigen Prof. Dr. T als auch des neuropädiatrischen Sachverständigen Prof. Dr. T2 fest.	44
Der Sachverständige Prof. Dr. T hat diese Einschätzung auch vor dem Hintergrund, dass er in erster Instanz zunächst in seinem schriftlichen Gutachten vom 22.01.2008 das Unterlassen des OGTT wegen der erst im Jahr 2001 erstellten Leitlinie und der von der Beklagten zu 1. bei Auftreten der Glukosurie am 11.11.2002 ausgesprochenen ersten therapeutischen Konsequenz des Einhaltens einer zuckerfreien Diät als einfachen Behandlungsfehler klassifiziert und erst in der mündlichen Verhandlung aus Anlass des schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. T2 vom 23.01.2009 und nach erneuter Überprüfung der Literatur hiervon abgewichen ist und einen Elementar-Verstoß bejaht hatte, im Senatstermin widerspruchsfrei und nachvollziehbar erläutert. Der Sachverständige hat hervorgehoben, dass die Leitlinie, an der er sich bei Abfassung seines schriftlichen Gutachtens vorwiegend orientiert hatte, kein neues Wissen, sondern seit Jahren gültiges Lehrbuchwissen zum Inhalt hat. Beispielhaft hat der Sachverständige aus einem Lehrbuch aus dem Jahr 1989 zitiert (Knörr, Geburtshilfe und Gynäkologie). Dort ist darauf	45

verwiesen, dass eine Glukosurie stets ein OGTT verlangt, ehe sie als physiologische Schwangerschaftsglukosurie ohne krankhaften Befund gewertet werden kann.

Wie auch bereits in I. Instanz ist diese Einschätzung des maßgeblich für die Beantwortung der Frage zuständigen gynäkologischen Sachverständigen durch den pädiatrischen Sachverständigen Prof. Dr. T2 in II. Instanz nochmals bestätigt worden. Auch vor dem Senat hat der Sachverständige nachvollziehbar erläutert, dass es immer Verdachtssymptome gibt, die Allerweltssymptome sind, denen aber nachgegangen werden muss, um einen krankhaften Befund auszuschließen. So verhält es sich auch mit der Glukosurie. Dass es bei ca. 25 % aller Schwangeren zu einer physiologischen Glukosurie ohne krankhaften Verdacht kommt, lässt nicht das Erfordernis entfallen, einen krankhaften Befund bei Feststellen der Glukosurie im Einzelfall durch weitere Diagnostik auszuschließen. Im übrigen hat der Sachverständige Prof. Dr. T2 plausibel erklärt, dass gerade im konkreten Fall angesichts der am 11.11.2002 vorhandenen 3 Risikomomente des Übergewichts, der Glukosurie und dem jedenfalls nach Darstellung der Beklagten zu 1. erfolgten Hinweis der Mutter des Klägers auf eine sehr süße Ernährung nahezu bereits der positive Befund der Zuckerstoffwechselstörung vorlag, bei dem – so der Sachverständige – „alle Alarmglocken angehen mussten“.

bb) 47

Selbst wenn man zugunsten der Beklagten zu 1. unterstellte, dass die Nichtvornahme des OGTT keinen groben, sondern lediglich einen einfachen Behandlungsfehler darstellt, greifen jedenfalls die Grundsätze des fiktiven groben Behandlungsfehlers ein. Nach dem bestehenden Krankheitsbild wäre nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T bei Durchführung eines OGTT am 11.11.2002 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Gestationsdiabetes befundet worden. Der Sachverständige hat dazu ausdrücklich und ohne Einschränkung erklärt, der Diabetes wäre bei dieser Gelegenheit „sicher“ festgestellt worden. Bereits nach der eigenen Einlassung der Beklagten zu 1., die erklärt hat, dass sie bei unterstellter Durchführung eines OGTT mit positivem Befund eines Diabetes am 11.11.2002 selbstverständlich die entsprechenden Maßnahmen veranlasst hätte, als auch nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T, der die Nichtbehandlung eines Gestationsdiabetes bereits wegen der mit einem solchen Diabetes einhergehenden hohen Mortalitäts- und Morbiditätsraten als gravierenden Verstoß gewertet hat, steht daher außer Zweifel, dass die Nichtreaktion auf einen solchen – fiktiv festgestellten Befund - schlechterdings unverständlich und damit grob fehlerhaft gewesen ist.

b) 49

Voraussetzung für die Beweislastumkehr sowohl bei dem groben Behandlungsfehler als auch bei dem fiktiven groben Behandlungsfehler ist, dass dieser geeignet gewesen ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen. Das steht nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T2 außer Zweifel. 50

Die Beklagte zu 1. hat den ihr mithin obliegenden Beweis, dass ihr Handeln für den beim Kläger eingetretenen Schaden nicht kausal war, nicht führen können. 51

Der Sachverständige Prof. Dr. T2 hat sowohl in I. als auch in II. Instanz bestätigt, dass die beim Kläger ausgeprägt vorhanden gewesene Fetopathia diabetica mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den nicht behandelten Gestationsdiabetes zurückzuführen ist und der daraus resultierende Hyperinsulinismus am Entbindungstag mit der Folge der extremen Hypoglykämie direkt nach der Geburt wiederum die Hauptursache für die beim Kläger eingetretene Hirnschädigung war. 52

Dass der Sachverständige Prof. Dr. T2 auch eine Geburtsasphyxie und	53
einen beim Kläger vorhandenen, genetisch bedingten prothrombotischen Risikofaktor in Gestalt eines erhöhten Lipoproteins (a) als wahrscheinlich mitursächlich für das eingetretene Schadensbild gewertet hat und jedenfalls in der Anhörung vor dem Senat eine eventuelle hirnschädigende Wirkung der aus einem Amnioinfektionssyndroms resultierenden Zytokine nicht vollständig hat ausschließen können, steht der Haftung der Beklagten zu 1. für den gesamten Schaden nicht entgegen. Denn der Sachverständige Prof. Dr. T2 hat nachvollziehbar dargelegt, dass die mehreren möglichen Mitursachen nicht abgrenzbar voneinander sind, sondern im Sinne einer Gesamtkausalität zusammengewirkt haben. Im Hinblick auf die Zytokine hat er im übrigen eine Ursächlichkeit angesichts der bereits in den ersten Lebenstagen des Klägers eingetretenen Veränderungen jedenfalls für nicht wahrscheinlich erachtet.	54
Keine Rolle spielt schließlich die Einnahme der Psychopharmaka Leponex bzw. Lyogen in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Der Sachverständige Prof. Dr. T2 hat dazu ausgeführt, dass sich nichts für eine Fetenschädlichkeit dieser Mittel findet und für ihn nicht ersichtlich ist, dass diese Medikamente irgendeinen Einfluss auf die Blutzuckerwerte oder eine Hypoxie gehabt haben.	55
2.	56
Auch die Voraussetzungen für eine Haftung der Beklagten zu 2. liegen vor.	57
a)	58
Die Mitarbeiter im Krankenhaus der Beklagten zu 2. haben fehlerhaft gehandelt.	59
aa)	60
Zwar lässt sich ein Behandlungsfehler nicht für den 05.12.2002 dahingehend feststellen, dass im Krankenhaus der Beklagten zu 2. anlässlich der bei diesem Termin durchgeführten Untersuchung der Mutter des Klägers kein OGTT durchgeführt worden ist.	61
Dass diese Untersuchung als Behandlungsübernahme im Sinne der Durchführung eines Schwangerschaftsvorsorgetermins erfolgte, lässt sich nicht feststellen. Hinreichende Anhaltspunkte hierfür liegen nicht vor und ergeben sich insbesondere auch nicht aus der im Nachhinein von der Beklagten zu 1. auf Wunsch des Krankenhauses der Beklagten zu 2. erstellten Überweisung oder aus ihrer weiteren Dokumentation. Soweit die Beklagte zu 1. behauptet hat, die Klägerin habe ihr gegenüber von einer Vorsorgeuntersuchung in Ibbenbüren gesprochen, ist dies ebenfalls nicht belegt.	62
Ebensowenig bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Mitarbeiter im Krankenhaus der Beklagten zu 2. im Rahmen des Beratungsgesprächs zu einem eventuellen Kaiserschnitt Kenntnis von den am 11.11.2002 erhöhten Urinzuckerwerten erlangt hatten und auf dieser Grundlage die Indikation zur Durchführung eines OGTT gegeben war. Dazu hat der Sachverständige Prof. Dr. T bereits in I. Instanz ausgeführt, dass im Rahmen der Beratung zum Kaiserschnitt kein Standard besteht, nach dem auch die Überprüfung der normalen Schwangerschaftsvorsorge und die Kontrolle der durch die betreuende Beklagte zu 1. erhobenen Befunde und Maßnahmen zu erfolgen hätte. Aus der Vornahme einiger Untersuchungen im Krankenhaus der Beklagten zu 2. am 05.12.2002 ergibt sich nichts anderes, weil diese, wie vom Sachverständigen Prof. Dr. T ausgeführt, mit der Beratung zum	63

gewünschten Kaiserschnitt zu erklären sind.

- bb) 64
- Der Beklagten ist jedoch ein Behandlungsfehler wegen einer verspätet durchgeführten Sectio anzulasten. Die diesbezüglichen, auf die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T gestützten Feststellungen des Landgerichts, auf die zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen wird, greift die Berufung der Beklagten zu 2. ausdrücklich nicht an. 65
- Die verspätete Sectio stellte auch im Jahr 2002 einen Elementarverstoß im Bereich des geburtshilflichen Standards dar und ist damit als grober Behandlungsfehler zu werten. Der Sachverständige hat dazu ausgeführt, dass sich dieser Elementarverstoß schon aus der eigenen Dokumentation im Krankenhaus der Beklagten zu 2. ergibt, in der das CTG als „hochpathologisch“ bezeichnet worden ist. Bereits in seinem schriftlichen Gutachten hat der Sachverständige ausgeführt, dass der Zeitraum bis zur Indikationsstellung zu lang war und maximal 30 Minuten CTG-Registrierung zuzüglich der Zeit für eine Ultraschalluntersuchung hätte betragen dürfen. Darüber hinaus war auch der Zeitraum für die durchgeführte Notsectio zu lang. Vor dem Senat hat der Sachverständige nochmals betont, dass der in seinem schriftlichen Gutachten erwähnte „allgemein akzeptierte Zeitraum von bis zu 20 Minuten zwischen Indikation und Partus“ die Obergrenze und nicht den Standard bezeichnet und die Zeitdauer bei der streitgegenständlichen Sectio daher schlechterdings nicht nachvollziehbar sei. 66
- b) 67
- Dieser grobe Behandlungsfehler führt zur Beweislastumkehr zugunsten des Klägers. Zwar entfällt die bei einem groben Behandlungsfehler im Grundsatz bestehende Kausalitätsvermutung dann, wenn die Behandlerseite nachweisen kann, dass ein Kausalzusammenhang gänzlich unwahrscheinlich und im Grunde nur von theoretischer Natur ist. Dieser Beweis ist vorliegend allerdings nicht geführt. Es greift die Kausalitätsvermutung zugunsten des Klägers. Die Beklagte zu 2. hat den Beweis, dass sich ihr Handeln nicht im Schaden des Klägers ausgewirkt hat, nicht geführt. 68
- aa) 69
- Der Sachverständige Prof. Dr. T2 hat sowohl in seinem schriftlichen Gutachten vom 23.01.2009 als auch im Rahmen der mündlichen Erläuterungen vor dem Landgericht und dem Senat ausführlich dargelegt, dass als Folge der verspäteten Sectio eine neurologisch relevante Geburtsasphyxie mit einer wahrscheinlich schweren metabolischen Azidose, einem Postasphyxiesyndrom und einer Herz-Kreislaufinsuffizienz vorgelegen hat . 70
- Den Schluss auf eine metabolische Azidose und damit auf eine neurologisch relevante Geburtsasphyxie hat der Sachverständige Prof. Dr. T2 aus Berechnungen zur Beziehung zwischen pH-Wert, PCO_2 -Wert und Basendefizit gezogen. Soweit die Beklagte zu 2. diesen Berechnungen auf der Grundlage der Ausführungen des von ihr beauftragten Privatgutachters Prof. Dr. L vorrangig mit dem Argument entgegengetreten ist, das Ausmaß einer metabolischen Azidose könne aufgrund fehlender Daten nicht festgestellt werden, so dass die Ausführungen des Sachverständigen rein spekulativ seien, ist das nicht zutreffend. Zwar ist es zutreffend, dass keine vollständige Blutgasanalyse dokumentiert ist und der Sachverständige keine Werte für den Kohlendioxiddruck (PCO_2 -Wert) aus dem Nabelarterienblut gefunden hat. Seinen Berechnungen zum Basendefizit, das - nach seinen eigenen Ausführungen - allein ein Maß für den durchgemachten Sauerstoffmangel ist, liegt 71

allerdings entgegen der Darstellung der Beklagten zu 2. jedenfalls ein dokumentierter Wert, nämlich der aus dem Nabelarterienblut zum Zeitpunkt der Geburt gemessene pH-Wert von 7,09 zugrunde. Die vom Sachverständigen auf der Grundlage des als Anlage zu Protokoll gereichten Nomogramms zur Bestimmung des Basenüberschusses angestellten Hilfsannahmen (1. Hilfsannahme unter Ansetzen eines für die Beklagte zu 2. günstigen PCO_2 -Wertes; 2. Hilfsannahme unter Einsetzen der 1. PCO_2 -Bestimmung nach der Geburt für den Zeitpunkt der Geburt; 3. Hilfsannahme unter Zugrundelegung der 1. und 2. Messung von pH-Wert und PCO_2 -Wert nach der Geburt sowie die Berücksichtigung der Reduktionsgeschwindigkeit), mit denen er das Basendefizit nachträglich ermittelt hat, belegen die Richtigkeit des von ihm ermittelten Basendefizits von -17 mmol/l, das eine schwere Azidose bedeutet. Anlass, dem auf dem vermeintlichen Fehlen von Daten zur Berechnung des Basendefizits fußenden Beweisantritt der Beklagten zu 2. auf Einholung eines Obergutachtens zu der Frage des Bestehens einer metabolischen Azidose nachzugehen, besteht daher nicht, da insoweit auch kein Widerspruch zu den Ausführungen des Privatgutachters Prof. Dr. L gegeben ist. Denn er war in tatsächlicher Hinsicht unzutreffenderweise davon ausgegangen, dass auch der pH-Wert nicht gemessen worden sei.

bb) 72

Dass eine Ursächlichkeit dieser durch die verspätete Sectio bedingten Geburtsasphyxie für die beim Kläger eingetretenen Schäden allenfalls theoretisch in Betracht kommen kann, hat die Beklagte zu 2. nicht durch die aus der Bildgebung ersichtlichen Schädigungsmuster beweisen können. Zwar hat der radiologische Sachverständige Prof. Dr. I ausgeführt, dass sich in dem 14 Tage nach der Geburt gefertigten ersten MRT nicht die für eine Asphyxie typische Schädigung der grauen Hirnsubstanz, namentlich der Hirnrinde und der Basalganglien, zeige, sondern vorwiegend Veränderungen der weißen Hirnsubstanz erkennbar seien, nach denen eindeutig eine Hypoglykämie vorgelegen habe. Soweit der Sachverständige aus der Bildgebung den Schluss gezogen hat, dass der Schädigungsbeitrag einer geburtsbedingten Asphyxie „sehr unwahrscheinlich sei“ und den Grad der Wahrscheinlichkeit einer Kausalität mit „unter 10 %“ angegeben hat, genügt dies allerdings nicht für den von der Beklagten zu 2. zu führenden Nachweis, dass ein Kausalzusammenhang zwischen einer geburtsbedingten Asphyxie und der beim Kläger aufgetretenen Schädigung nahezu nur theoretischer Natur ist, zumal nach dem damaligen Stand der bildgebenden Technik der eindeutige Nachweis einer Asphyxie nach den Ausführungen des Sachverständigen im Senatstermin seinerzeit nicht möglich war. Dass es trotz des vorwiegend hypoglykämischen Schädigungsmusters einen Ursachenbeitrag einer Asphyxie auch praktisch denkbar gegeben haben kann, hat der Sachverständige Prof. Dr. T2 im übrigen auch nachvollziehbar damit erklärt, dass eine spezielle Kombination aus Hypoglykämie und Asphyxie vorgelegen haben kann und die Hypoglykämie schließlich die überlagernde „Endstrecke“ war, wie sie letztlich in der Bildgebung des MRT zum Ausdruck gekommen ist. 73

cc) 74

Damit steht zugleich fest, dass die Beklagte zu 2. den Beweis, dass die Geburtsasphyxie keinen ursächlichen Beitrag für die beim Kläger eingetretene Hirnschädigung geleistet hat, nicht geführt hat. 75

Der Sachverständige Prof. Dr. T2 hat dargelegt, dass die aufgrund des Ausmaßes der Azidose als schwer zu wertende Asphyxie neben dem nicht behandelten Gestationsdiabetes und dem prothrombotischen Risikofaktor mitursächlich für die ausgedehnte Hirnschädigung 76

beim Kläger war.

Dass nach der Bewertung des Sachverständigen von einem höheren Verursachungsbeitrag der Hypoglykämie auszugehen ist, ändert nichts an der Haftung der Beklagten 77

zu 2. für das gesamte, beim Kläger eingetretene Schadensbild. Der Sachverständige hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten und erneut in der Anhörung vor dem Senat darauf verwiesen, dass er den Verursachungsbeitrag nicht sicher von den weiteren möglichen Ursachen abgrenzen kann. 78

II. 79

1. 80

Das Landgericht ist von einem angemessenen Schmerzensgeld in Höhe von 300.000,00 € ausgegangen. Die vom Landgericht zugrunde gelegten Erwägungen, auf die zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen wird, lassen keinen Ermessensfehler erkennen. Auch die Berufung der Beklagten zu 2. macht im übrigen keine Ermessensfehler geltend, sondern verweist lediglich – ohne nähere Darlegung zu einer etwaigen Vergleichbarkeit der Fälle – darauf, dass „in einem vergleichbaren Schadensfall“ ein Schmerzensgeld von 250.000,00 € für angemessen gehalten worden sei. 81

Der Zinsanspruch folgt aus §§ 288, 291 BGB. 82

2. 83

Der die materiellen Schäden betreffende Feststellungsantrag ist aus den vorstehenden Gründen ebenfalls zulässig und begründet. 84

C. 85

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 97 Abs. 1, 101 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO. 86

D. 87

Die Revision war nicht zuzulassen. Der Rechtssache kommt weder grundsätzliche Bedeutung zu, noch ist eine Entscheidung des Revisionsgerichts wegen der Fortbildung des Rechts oder der Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung erforderlich, § 543 Abs. 2 ZPO. 88