
Datum: 04.12.2018
Gericht: Oberlandesgericht Hamm
Spruchkörper: 26. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 26 U 9/16
ECLI: ECLI:DE:OLGHAM:2018:1204.26U9.16.00

Vorinstanz: Landgericht Paderborn, 3 O 538/10
Schlagworte: Unterlassene Blutzuckerwertbestimmung bei einem Neugeborenen
Normen: BGB §§ 280, 823, 253
Leitsätze:

Die unterlassene Blutzuckerbestimmung in einer lebensbedrohlichen Situation am ersten Lebenstag eines Kindes kann als grober Behandlungsfehler zu werten sein.

Die Verantwortung für solch einen groben Behandlungsfehler am ersten Tag nach der Geburt kann auch den Gynäkologen, der als Belegarzt tätig ist, treffen.

Bei einer lebensbedrohlichen Situation eines Säuglings ist die Blutzuckerbestimmung eine absolute Standardmaßnahme.

Bei einer schweren geistigen und körperlichen Beeinträchtigung eines Kindes, die niemals ermöglicht, ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, kann ein Schmerzensgeld von 500.000,- € angemessen sein.

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 10. Dezember 2015 verkündete Urteil der 3. Zivilkammer des LG Paderborn abgeändert.

1. Der Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 500.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15.

November 2010 zu zahlen.

2. Es wird festgestellt, dass der Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin alle materiellen und zukünftigen immateriellen Schäden, letztere soweit sie derzeit nicht vorhersehbar sind, zu ersetzen hat, die ihr aus Anlass der Behandlung durch den Beklagten vom 31. August/01. September 2006 entstanden sind oder noch entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder übergehen werden.

3. Der Beklagte wird weiter verurteilt, an die Klägerin 6.286,06 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15. November 2010 zu zahlen.

Die Kosten des Rechtsstreits – einschließlich der Kosten der Streithelfer der Klägerin – werden dem Beklagten auferlegt. Die Streithelfer des Beklagten tragen ihre Kosten selbst.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Der Beklagte darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung von 110 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in dieser Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

Die Klägerin, vertreten durch ihre Eltern nimmt den Beklagten wegen einer vermeintlich fehlerhaften geburtshilflich-gynäkologischen Behandlung im Jahr 2006 auf Schmerzensgeld, Schadensersatz und Feststellung zukünftiger Schadensersatzpflicht in Anspruch.

Der Beklagte, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, war im streitgegenständlichen Zeitraum zugleich Belegarzt im St. K-Hospital in Bad E, d.h. bei der Streithelferin zu 3).

In der 32. Schwangerschaftswoche wurde bei der Mutter der Klägerin (Zweitgravida) eine Infektion der Scheide mit Streptokokken der Gruppe B (GBE) festgestellt. Eine (peripartale) Antibiotikabehandlung erfolgte jedoch nicht. Nach im Übrigen unauffälligem Schwangerschaftsverlauf stellte der Beklagte am 24.08.2006 und 30.08.2006 bei der Mutter der Klägerin eine Beckenendlage (BEL) fest. Sie wurde über die sich daraus ergebenden Konsequenzen für den Entbindungsmodus aufgeklärt, wobei der Aufklärungsumfang zwischen den Parteien streitig ist. Am 30.08.2006 unterzeichnete die Mutter der Klägerin einen Aufklärungsbogen, wonach sie über den Chancen und Risiken dieser Entbindungsalternative aufgeklärt worden ist und stellte sich sodann am 31.08.2006 zwecks Durchführung einer Kaiserschnittentbindung im Krankenhaus der Streithelferin zu 3) vor.

Am gleichen Tag wurde die Klägerin um 13:42 Uhr in der 41. SSW durch den Beklagten mittels primärer Sectio entwickelt. Die Anästhesie wurde durch den Zeugen Dr. I

1

2

3

4

5

6

durchgeführt, der eine intraoperative Antibiotikagabe verabreichte. Die Entbindung selbst verlief komplikationslos. Im Anschluss an die Entbindung traten kurzzeitig Anpassungsstörungen bei der Klägerin auf, die mit O₂ Gabe behoben werden konnten. Die Apgar-Werte wurden mit 7, 9 und 10 angegeben. Das Kind wurde per Monitor im Kreißsaal überwacht, die Werte wurden mit „ohne Befund“ dokumentiert. Um 14:12 Uhr wurde eine Blutgasanalyse bei der Klägerin durchgeführt. Auch weitere Untersuchungen ergaben in der Folge keinen Befund. Zwischen 17:31 Uhr und 1:30 Uhr wurde übereinstimmend dokumentiert, dass das Kind schlafe und rosig aussehe. Es wurde laut Krankenblatt gegen 23:00 Uhr in das Kinderzimmer verbracht; eine weitere Kontrolle fand um 0:30 Uhr statt.

Gegen 3:50 Uhr traten Komplikationen auf. In der Dokumentation ist festgehalten, dass die Klägerin schlapp und an Händen und Füßen blau war. Der Beklagte wurde informiert und erschien ebenso umgehend wie der gleichfalls hinzu gerufene Dr. T, der Streithelfer zu 4), in seiner Eigenschaft als Kinderarzt. Letzterer traf laut Patientenakte gegen 4:08 Uhr ein. Die Ärzte führten eine Reanimation durch. Die Klägerin wurde sodann um 5:00 Uhr von dem hinzugerufenen Kinderarzt Dr. X, dem Streithelfer zu 6), übernommen und in die Kinderklinik des St. W Krankenhauses in Q, Streithelferin zu 5), verlegt. Dort traten in den ersten beiden Stunden cerebrale Krampfanfälle bei ausgeprägter Hypoglykämie auf. Der Blutzuckerwert wurde am 01.09.2006 erstmals nach der um 05:40 Uhr erfolgten Aufnahme in der Kinderklinik gemessen; er lag ausweislich des Verlaufsberichts der Streithelferin zu 5) um 06:33 Uhr bei 15 mg/dl. Die Blutzuckerwerte der Klägerin stabilisierten sich nach Glukosezufuhr. Die Kreislaufverhältnisse waren instabil. Im Entlassungsbrief des St. W Krankenhauses Q vom 28.09.2016 wurde als Diagnose unter anderem festgehalten „Hypoglykämie unklarer Genese“.

Die heute zwölfjährige Klägerin ist hör- und sehbehindert und erheblich in der Entwicklung verzögert; es wurde ein GdB (Grad der Behinderung) von 100 festgestellt, daneben die gesundheitlichen Voraussetzungen der Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „B“ (Notwendigkeit ständiger Begleitung) und „H“ (Hilflosigkeit).

In der Folgezeit beauftragten die Eltern der Klägerin zunächst die Kanzlei der Streithelfer zu 2), bei der seinerzeit noch der inzwischen ausgeschiedene Streithelfer zu 1) als Sachbearbeiter für dieses Mandat tätig war, mit der Wahrnehmung ihrer rechtlichen Interessen. Diese wandten sich mit Schreiben vom 15.11.2006 an das St. K Hospital, die Streithelferin zu 3), und meldeten Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche an. Man bat unter Fristsetzung bis zum 30.11.2006 darum, die Geburtsdokumentation zur Verfügung zu stellen und um Kontaktaufnahme mit dem Haftpflichtversicherer. In der Kanzlei der Streithelferin zu 2) wurde das Mandat bzw. die Akte im Jahr 2009 abgelegt.

Im Jahr 2010 beauftragten die Eltern der Klägerin sodann deren jetzige Prozessbevollmächtigte mit der Wahrnehmung ihrer rechtlichen Interessen. Ein von dort an den Versicherer des Beklagten gerichtetes Schreiben und die darin geltend gemachten Ansprüche wurden durch dessen Bevollmächtigten unter dem 15.11.2010 zurückgewiesen.

Die Klägerin hat behauptet, dass die in der Kinderklinik festgestellte Hypoglykämie auf eine glukosekonsumierende Neugeboreneninfektion zurückzuführen sei, welcher trotz der Streptokokkeninfektion der Mutter seitens des Beklagten nicht nachgegangen worden sei. Das cerebrale Anfallleiden, die kardiale Insuffizienz und der Transaminasenanstieg seien Ausdruck einer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns (Hypoxie). Für einen neonatologischen Notfall seien keine ausreichenden organisatorischen Vorkehrungen getroffen worden. Sie hätte sofort in ein Perinatalzentrum verlegt werden müssen. Auch hätte bereits vor der Sectio eine Antibiotikagabe erfolgen müssen. Die Nichtabgabe von Infusionen

zur Kreislaufstabilisierung und die Nichtzuführung von Glukose seien ebenso behandlungsfehlerhaft gewesen. Die Klägerin hat weiter behauptet, ihre Mutter sei nicht darüber aufgeklärt worden, dass eine Anpassungsstörung des Neugeborenen eine typische Komplikation bei einer primären Schnittentbindung darstelle. Ebenso wenig sei sie darüber aufgeklärt worden, dass trotz bestehender Beckenendlage eine Spontangeburt der Zweitgravida in Betracht gekommen sei. Sämtliche jetzt gegebenen Beeinträchtigungen wären bei einem ordnungsgemäßen Vorgehen des Beklagten, insbesondere einer ausreichenden Glukosezufuhr in der Zeit ab 3:50 Uhr am 01.09.2006 ausgeblieben. Dass eine solche erforderlich gewesen wäre, hätte dieser erkennen können, wenn er die erforderliche Blutzuckeruntersuchung vorgenommen hätte. Die Klägerin hat ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 300.000 € geltend gemacht; ferner unter Zugrundelegung des entgangenen Gehaltes einer verbeamteten Grundschullehrerin einen fiktiven Erwerbsschaden i.H.v. 911.997 € sowie Feststellung zukünftiger Ersatzpflicht und Zahlung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten (6.286,06 €).

Der Beklagte hat behauptet, die Mutter der Klägerin habe ausdrücklich nach erfolgter Aufklärung - auch über die Möglichkeit der Spontangeburt - einer Durchführung des Kaiserschnittes zugestimmt. Nach kurzzeitiger Anpassungsstörung habe sich die Klägerin nach der Entwicklung in einem allgemeinen rosigen Zustand befunden und sei zu jedem Zeitpunkt überwacht worden. Eine Neugeboreneninfektion durch Streptokokken habe nicht vorgelegen. Die Verschlechterung des Zustands der Klägerin sei in der Nacht plötzlich und unerwartet aufgetreten und stehe in keinem kausalen Zusammenhang mit der Geburt. Die Behandlung der Klägerin in der Akutsituation ab 3:50 Uhr am 01.09.2006 sei regelgerecht erfolgt; eine Blutzuckeruntersuchung sei in diesem Zusammenhang nicht erforderlich gewesen. Ohnehin habe die Behandlungsverantwortung in dieser Situation nicht mehr bei ihm, sondern einzig bei dem fachlich für derartige Situationen versierten Kinderarzt gelegen. Im Übrigen hat der Beklagte die Einrede der Verjährung erhoben.

12

Die Streithelferin zu 3) hat sich dem Vorbringen des Beklagten angeschlossen.

13

Das **Landgericht** hat die Klage mit Urteil vom 01.03.2012 abgewiesen, weil etwaige Ansprüche der Klägerin verjährt seien. Auf die Berufung der Streithelfer zu 1) und 2) hat das Oberlandesgericht Hamm durch Urteil vom 19.10.2012 (Az. 26 U 13/12) das Urteil aufgehoben und den Rechtsstreit zur erneuten Entscheidung, auch über die Kosten des Berufungsverfahrens an das Landgericht zurückverwiesen. In dem Berufungsurteil ist darauf hingewiesen worden, dass Verjährung keinesfalls anzunehmen und im Übrigen die Einholung sachverständigen Rates erforderlich sei. Wegen der Einzelheiten wird auf die Senatsentscheidung (Bl. 233 ff. d.A.) Bezug genommen.

14

Das **Landgericht** hat die Klage sodann gestützt auf geburtshilfliche sowie neuropädiatrisch-neonatologische Fachgutachten abgewiesen. Es sei kein fehlerhaftes Vorgehen des Beklagten bei der Behandlung der Klägerin oder ihrer Mutter feststellbar, welches zu zurechenbaren Schäden bei der Klägerin geführt habe. Die Aufklärung der Mutter sei angemessen und ausreichend gewesen, um diese über das mit der Durchführung des Kaiserschnittes verbundene Risiko aufzuklären. Mit der Mutter der Klägerin sei zumindest auch die Möglichkeit einer Spontangeburt erörtert worden, diese sei aber nicht zuletzt im Hinblick auf das erwartete Geburtsgewicht der Klägerin nicht weiterverfolgt worden. Hinzu komme, dass die Entbindung über die mit Streptokokken infizierte Scheide der Mutter ein Infektionsrisiko für die Klägerin beinhaltet hätte, welches durch Kaiserschnitt praktisch auszuschließen war. Vor diesem Hintergrund sei eine weitergehende Aufklärung über Behandlungsalternativen in einem anderen Krankenhaus nicht geboten gewesen. Nach dem

15

Ergebnis der Beweisaufnahme sei dem Beklagten im Zusammenhang mit der Geburt der Klägerin und der anschließenden Nachsorge bis zu den Ereignissen ab 3:50 Uhr am 01.09.2006 kein Behandlungsfehler vorzuwerfen. Der indizierte Kaiserschnitt sei lege artis durchgeführt worden. Auch mit Rücksicht auf die Streptokokkeninfektion der Mutter sei eine Antibiotikagabe an die Klägerin unter der Geburt nicht veranlasst gewesen. Die Versorgung der Klägerin im Nachgang der Entbindung sei nicht zu beanstanden. Anhaltspunkte für eine intensivere Überwachung und insbesondere Abnahme von Blutzuckerwerten seien nicht gegeben gewesen.

Im Zusammenhang mit der lebensbedrohlichen Situation für die Klägerin ab 3:50 Uhr am 01.09.2006 sei sodann ein Behandlungsfehler insoweit gegeben, als von den mit der Versorgung der Klägerin befassten Ärzten - dem Beklagten und dem Streithelfer zu 4) - versäumt worden sei, eine Blutzuckerbestimmung bei der Klägerin vorzunehmen. Bei erstmaligem Bemerkten der akuten Situation der Klägerin seien die zunächst zwingend gebotenen Maßnahmen mit der gebotenen Zügigkeit vorgenommen worden. Behandlungsfehlerhaft sei aber im Nachgang der lebensbedrohlichen Situation ab 3:50 Uhr unterlassen worden, den Blutzuckerwert zu bestimmen. Eine solche wäre zumindest im Nachgang der unmittelbaren akuten Situation erforderlich gewesen. Insoweit erscheine eine Zeitspanne nach dem Eintreffen des Kinderarztes um 4:08 Uhr von 20-30 Minuten realistisch. Zumindest in dem danach bis zum Eintreffen des Kindernotarztes um ca. 5:00 Uhr verbleibenden Zeitraum sei der Blutzuckerwert zu bestimmen gewesen, um zu klären, ob das stattgefundenere Geschehen auf eine Hypoglykämie zurückzuführen und entsprechend zu reagieren war. Es sei naheliegend, dass es zunächst geboten gewesen sei, auf die unmittelbar lebensbedrohliche Situation der Klägerin zu reagieren und erst nach eingetretener Stabilisierung über weitere diagnostische Maßnahmen wie die Blutzuckerbestimmung zu entscheiden. Jedenfalls dann habe eine solche Befunderhebung zu erfolgen, zumal sämtliche Anzeichen, die die Klägerin gezeigt habe, mit einer Hypoglykämie einhergehen könnten. Auch wenn man diesen Befunderhebungsfehler als eine dem Beklagten zumindest zurechenbare Fehlhandlung ansehe, scheiterten Ansprüche der Klägerin daran, dass nicht feststellbar sei, dass ihr daraus ein Schaden entstanden sei. Der Nachweis, dass bei behandlungsfehlerfreiem Vorgehen, also bei Bestimmung des Blutzuckers im Zusammenhang mit der Akutsituation ab 3:50 Uhr am 01.09.2006, eine Gesundheitsschädigung bei ihr nicht eingetreten wäre, weil im Nachgang der Befunderhebung als Reaktion darauf Maßnahmen eingeleitet worden wären, die eine solche verhindert hätten, sei nicht gelungen. Es könne nicht festgestellt werden dass die aktuellen Beeinträchtigungen der Klägerin auf eine infolge unterlassener Befunderhebung verkannte Hypoglykämie zurückgingen. Bestimmte körperliche Beeinträchtigungen der Klägerin (abnorme Gestalt, Störung der Hirnentwicklung mit begleitender Epilepsie sowie komplexe endokrine Dysfunktionen) kämen sämtlich nicht als Folge einer Hypoglykämie in Betracht. Auch wenn das seinerzeitige klinische Bild mit einer Hypoglykämie einhergehen könne, könne insbesondere unter Berücksichtigung der Grunddisposition der Klägerin auch unabhängig von einer Hypoglykämie ein epileptisches Anfallsereignis ein identisches Bild hervorrufen. Spezifische Anzeichen einer gefährlichen Unterzuckerung seien nicht gegeben. Der bei Aufnahme in die Kinderklinik im erheblich kritischen Bereich liegende Blutzuckerwert lasse nicht den Rückschluss zu, dass die Klägerin bereits im hier interessierenden Zeitraum unterzuckert gewesen sei. Es sei durchaus vorstellbar, dass trotz des zeitlichen Zusammenhangs ein massiver Zuckerverlust erst im Nachgang des lebensbedrohlichen Ereignisses eingesetzt habe und entsprechend in der Kinderklinik festgestellt worden sei. Vorstellbar sei, dass auch in der Zeitspanne zwischen 3:50 und 5:00 Uhr ein niedriger Blutzuckerwert nicht festgestellt worden wäre, weil nämlich in Betracht komme, dass das Akutereignis nicht durch eine Hypoglykämie sondern durch einen epileptischen Anfall

ausgelöst worden sei. Insoweit sei dem auch für die hier in Rede stehende Schädigung spezialisierten Sachverständigen y zu folgen, der angegeben habe, dass eine Hypoglykämie eine mögliche, nicht aber mit hoher oder überwiegender Wahrscheinlichkeit die naheliegende Ursache für die bei der Klägerin gegebene Akutsituation gewesen sei. Es komme als realistische Möglichkeit in Betracht, dass zum damaligen Zeitpunkt keine Hypoglykämie vorgelegen habe. Die Klägerin könne sich auch nicht auf eine Beweiserleichterung berufen. Für einen groben Befunderhebungsfehler bestehe kein Anhalt.

Hiergegen richtet sich die Berufung der **Klägerin**, die ihr erstinstanzliches Begehren vollumfänglich weiterverfolgt. Das Landgericht habe zutreffend einen Behandlungsfehler für die Zeit ab 3:50 Uhr festgestellt. Es sei im Nachgang der unmittelbaren Akutsituation eine Blutzuckerbestimmung erforderlich gewesen um zu klären, ob das stattgefundenere Geschehen auf eine Hypoglykämie zurückzuführen gewesen sei. Entgegen der Auffassung des Landgerichts sei der Primärschaden aber die nicht rechtzeitige Erkennung der Ursache der lebensbedrohlichen Situation. Zu der gesundheitlichen Befindlichkeit der Klägerin gehöre (auch), dass nach der Stabilisierung der lebensbedrohlichen Situation kein Blutzuckertest gemacht worden sei, kein erfolgreicher Zugang gelegt und keine Glukose zugeführt worden sei, wodurch das Risiko für die eingetretenen Spätschäden zumindest erhöht worden sei. Die Unterzuckerung sei nicht äußerst unwahrscheinlich ursächlich für die Befindlichkeit der Klägerin. Richtiger Anknüpfungspunkt sei die unterlassene Befundung nach der Stabilisierung. Wäre der Befund – hypothetisch - erhoben worden, wäre es zwingend erforderlich gewesen, Maßnahmen zu ergreifen. Dafür dass sich im Falle einer Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine reaktionspflichtige Unterzuckerung gezeigt hätte, spreche einerseits der in Q gemessene Blutzuckerwert. Auf der anderen Seite habe der Sachverständige Dr. H erklärt, dass der Klägerin standardmäßig bereits zuckerhaltige Lösungen auf dem X2 nach Q verabreicht worden seien. Wenn der Klägerin auf dem Transportweg Glukose zugeführt worden sei und später ein reaktionspflichtiger Wert festgestellt worden sei, könne kein Zweifel daran bestehen, dass der Wert vor der Zuführung nochmals niedriger und damit deutlich in einem reaktionspflichtigen Bereich gelegen haben müsse. Danach liege ein Befunderhebungsfehler mit Beweislastumkehr vor. Andere Ursachen als eine Unterzuckerung seien zwar denkbar, die Unterzuckerung scheidet aber keinesfalls als äußerst unwahrscheinlich aus. Sie sei auch geeignet, die Folgeschäden zu erklären. Auf die Frage der alleinigen und ausschließlichen Ursache der Beeinträchtigungen komme es nicht an. Die Mutter der Klägerin sei auch nicht ordnungsgemäß über die mit dem Kaiserschnitt verbundenen Risiken aufgeklärt worden. Die Risiken einer Spontangeburt seien nicht größer oder kleiner gewesen als bei dem durchgeführten Kaiserschnitt. Der Beklagte habe die Spontangeburt mit Blick auf das erwartete, aber tatsächlich nicht erreichte Geburtsgewicht der Klägerin als nicht möglich verworfen. Eine Spontangeburt wäre bei entsprechender vorgeburtlicher Antibiose genauso vertretbar gewesen wie der durchgeführte Kaiserschnitt.

17

Die **Klägerin** beantragt,

18

unter Abänderung des am 10.12.2015 verkündeten Urteils des LG Paderborn,

19

1. den Beklagten zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld aus der geburtshilflich-gynäkologischen Behandlung vom 31.08.2006 zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 300.000,00 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit dem 15.11.2010;

20

2. festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, ihr alle weiteren materiellen und zukünftigen immateriellen Schäden, bekannt sowie unbekannt, zu ersetzen, die ihr aus der

21

geburtshilflich-gynäkologischen Behandlung vom 31.08.2006 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden;

3. den Beklagten zu verurteilen, an sie Schadensersatz in Höhe von 6.286,06 € nebst Zinsen 22
in Höhe von 5 Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit dem 15.11.2010 zu zahlen.

Der **Beklagte** sowie die **Streithelfer zu 3), 4), 5) und 6)** beantragen, 23

die Berufung zurückzuweisen. 24

Der **Beklagte** verteidigt die angefochtene Entscheidung. Es liege entgegen der Auffassung 25
des Landgerichts schon kein Befunderhebungsfehler vor. Auch nach 03:50 Uhr sei eine
Blutzuckerbestimmung nicht erforderlich gewesen. Zumindest scheide für den Zeitraum ab
03:50 Uhr eine Haftung aus, da mit dem Streithelfer zu 4) zeitgleich ein Kinderarzt zugegen
gewesen sei, der für die Versorgung des ausschließlich in seinen Verantwortungsbereich
fallenden Kindes zuständig gewesen sei. Die Zuständigkeit des Beklagten als
gynäkologischem Belegarzt ende mit Abschluss der U-1 Untersuchung. Hier könne rein
begrifflich nicht mehr von Geburtshilfe gesprochen werden, nachdem ein beträchtlicher
Zeitraum von zig Stunden seit der Geburt vergangen sei. Er habe daher im Rahmen des
Vertrauensgrundsatzes davon ausgehen dürfen, dass die Versorgung des Kinderarztes lege
artis erfolge. Die konkret durchgeführten Maßnahmen seien situationsbedingt ausreichend
gewesen. Im Übrigen wäre eine unterstellte Gabe von Zucker über eine Magensonde eine
nicht akut wirksame Maßnahme gewesen. Die Systematik des Befunderhebungsfehlers
scheitere bereits auf der ersten Stufe. Man habe aufgrund des zeitlichen Ablaufs davon
ausgehen dürfen, dass das angeforderte Kindernotarzteam zeitnah eintreffe. Selbst in der
Übernahmesituation habe wegen des stabilen Zustands der Klägerin keine Blutgasanalyse
durchgeführt werden müssen. Schließlich hätte ein Befund nicht mit hinreichender
Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis erbracht. Ferner könne von dem
Beklagten in dieser Situation nicht erwartet werden, eine Magensonde zu legen, so dass eine
Nichtreaktion jedenfalls nicht unverständlich wäre. Letztlich habe der neonatologische
Sachverständige Dr. y bestätigt, dass eine Hypoglykämie ab 03:50 Uhr nicht zwingend
angenommen werden könne und selbst eine unterstellte Hypoglykämie nicht den bei der
Klägerin vorhandenen Gesundheitszustand hätte verursachen können.

Die **Streithelfer zu 3), 4), 5) und 6)** verteidigen ebenfalls die angefochtene Entscheidung. 26

Der **Streithelfer zu 4)** bringt vor, er sei als niedergelassener Kinderarzt am 01.09.2006 27
lediglich dem vom Beklagten telefonisch geäußerten Wunsch einer konsiliarischen
Hinzuziehung nachgekommen und sei daher mit der Klägerin nicht durch einen
Behandlungsvertrag verbunden; er habe seine Tätigkeit auch nicht liquidiert. Es sei danach
lediglich um eine beratende oder unterstützende ärztliche Leistung im Zusammenhang mit
der stationären Behandlung der Klägerin gegangen. Es habe auch keine vertragliche Abrede
über seine generelle Hinzuziehung bei derartigen medizinisch bedrohlichen Situationen
gegeben. Die haftungsrechtliche Verantwortung gegenüber der Patientin verbleibe im Fall der
Hinzuziehung eines solchen echten Konsiliararztes beim behandelnden Arzt. Aufgrund der
anamnestischen Angaben sei er sodann nicht primär von einer Unterzuckerung der Klägerin
ausgegangen. Die Aufrechterhaltung der lebenserhaltenden Funktionen habe absolute
Priorität gehabt. Im Anschluss seien mehreren Versuche gescheitert mit Unterstützung des
Beklagten bei der Klägerin einen venösen Zugang zu legen. Sodann habe man mit dem
umgehenden Eintreffen des Kindernotarztes gerechnet, weshalb keine weiteren Versuche
diesbezüglich unternommen worden seien. Aus diesem Grund wie auch unter

Berücksichtigung des für eine Blutgasanalyse und Blutzuckererhebung erforderlichen nicht unerheblichen Zeitintervalls habe für weitergehende Analysen kein Zeitstrahl mehr bestanden. Im Rahmen des medizinischen Standards eines Kinderarztes habe es keine zwingende Verpflichtung gegeben in der konkreten Situation eine Kontrolle der Blutzuckerwerte vorzunehmen. Die Klägerin habe das hierfür erforderliche Risikoprofil nicht aufgewiesen. Die Klägerin könne weiter den Vollbeweis nicht führen, dass als Primärschaden eine Hypoglykämie vorgelegen habe und die Akutsituation vom 01.09.2006 zwingend auf eine Unterzuckerung zurückgeführt werden könne. Insoweit sei im Hinblick auf die Nichtdokumentation im Notarztprotokoll davon auszugehen, dass während des Notarzttransports das Legen eines Zugangs und Verabreichung von Glukose unterblieben seien. Der erste Blutzuckerwert von 15 mg/dl sei erst um 06:33 Uhr ermittelt worden. Selbst wenn eine Blutzuckerbestimmung bereits vor Übernahme durch den Neonatologen durchgeführt worden wäre, könne demnach angesichts dieses langen Zeitkorridors gerade nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass sich zu diesem Zeitpunkt bereits ein reaktionspflichtiger Befund, mithin ein schlechter Blutzuckerwert, gezeigt hätte. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Unterzuckerung bereits um 03:50 Uhr vorgelegen habe, sei demgegenüber eher gering.

Die **Streithelfer zu 5) und 6)** behaupten, es sei im Hause der Streithelfer zu 5) und 6) medizinisch korrekt gehandelt, der Blutzucker sofort kontrolliert und entsprechende Infusionen gegeben worden. Soweit der Sachverständige Dr. y ausgeführt habe, dass die Gabe von Glukose im Notarztprotokoll nicht dokumentiert sei, könne dies den Streithelfern zu 5) und 6) nicht angelastet werden; im Rahmen des Notarzteinsatzes sei allein das Land NRW passivlegitimiert. Soweit nach der Beweisaufnahme zunächst eine Unaufklärbarkeit hinsichtlich der Kausalität bestanden habe, habe lediglich zu diesem Punkt eine Zusatzbegutachtung erfolgen sollen. Dass Prof. Dr. L2 jetzt eine komplette Begutachtung vorgenommen habe, sei unzulässig und nicht notwendig gewesen. Insofern sei dieses Gutachten hier nicht zu verwerten. 28

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, insbesondere auch des Wortlautes der erstinstanzlich gestellten Anträge, wird auf die angefochtene Entscheidung sowie die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen. 29

Der Senat hat die Mutter der Klägerin, den Beklagten sowie den Streithelfer zu 4) persönlich angehört. Ferner haben die Sachverständigen Dr. H und Dr. y ihre Gutachten mündlich erläutert und ergänzt. Der Senat hat daneben ein ergänzendes neuropädiatrisches Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. L2 eingeholt, welches dieser im Senatstermin erläutert und ergänzt hat. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsprotokolle vom 08.11.2016 und 04.12.2018 sowie die Berichterstattevermerke vom jeweils selben Tag verwiesen. 30

II. 31

Die Berufung der Klägerin ist zulässig und begründet. 32

Das Landgericht hat die gegen den Beklagten gerichtete Klage insgesamt abgewiesen. Dem vermag der Senat nicht zu folgen. 33

Der Klägerin steht gegen den Beklagten ein Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 500.000,00 € nach den §§ 611, 280, 253 Abs. 2 BGB bzw. §§ 823, 249, 253 Abs. 2 BGB zu. Daneben war die Ersatzpflicht des Beklagten für zukünftige materielle und derzeit nicht vorhersehbare immaterielle Schäden festzustellen. 34

Der Senat stützt sich dabei aus den nachfolgenden Gründen auf die erstinstanzliche Begutachtung durch den gerichtlichen gynäkologischen Sachverständigen Dr. H und den gerichtlichen neuropädiatrisch/neonatologischen Sachverständigen Dr. y sowie ihre umfassenden und überzeugenden Ausführungen bei ihrer Anhörung vor dem Senat. An der hohen Qualifikation und Sachkunde beider Sachverständigen im Bereich der Gynäkologie bzw. Neonatologie bestehen keine Zweifel. Daneben hat der Senat maßgeblich zur Feststellung des Zeitpunkts des Vorliegens einer Unterzuckerung und Bewertung der darauf beruhenden gesundheitlichen Folgen ein ergänzendes neuropädiatrisches Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. L2 eingeholt. Insoweit können sich die Streithelfer zu 5) und 6) nicht darauf berufen, es habe lediglich eine Zusatzbegutachtung bezüglich der bis dahin bestehenden Unauflösbarkeit hinsichtlich der Kausalität bestanden, weshalb das weitergehende Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. L2 hier nicht zu verwerfen sei. Der Sachverständige hat sich zunächst vollumfänglich an den durch die Beweisfragen des Beweisbeschlusses vom 08.11.2016 vorgegebenen Begutachtungsumfang gehalten. Überdies war es angesichts des höchst komplexen medizinischen Sachverhalts in jedem Falle angezeigt, eine Bewertung aller drei Sachverständigen zu den maßgeblichen Fragen zu erhalten, zumal sich der Sachverständige Prof. Dr. L2 ausdrücklich auch mit den vorliegenden gerichtlichen Gutachten wie auch den Privatgutachten auseinandersetzen und diese in seine Bewertung einfließen lassen sollte. Alle drei Sachverständigen haben sich dezidiert mit dem zu beurteilenden medizinischen Sachverhalt auseinandergesetzt. Sie vermochten auch im Rahmen ihrer Anhörung durch den Senat ihre Feststellungen und fachlichen Beurteilungen unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde überzeugend zu vertreten. Dabei haben sie sich auch intensiv mit den vorgelegten Privatgutachten auseinandergesetzt.	35
1.	36
Soweit zunächst hinsichtlich der Kaiserschnittentbindung der Klägerin selbst und der postpartalen Behandlung des Beklagten bis 03:50 Uhr ein Behandlungs- oder Befunderhebungsfehler nicht festgestellt worden ist, werden die entsprechenden Feststellungen des erstinstanzlichen Urteils im Berufungsverfahren von keiner Partei angegriffen. Dabei haben die gerichtlichen Sachverständigen Dr. H und Dr. y insbesondere bis dahin noch keine Notwendigkeit für weitere Blutgasanalysen oder Blutzuckerbestimmungen gesehen; dies hat der gynäkologische Sachverständige Dr. H im Senatstermin nochmals ausdrücklich bestätigt. Sie werden insoweit auch durch die Privatgutachter Prof. Dr. U und Dr. X2 bestätigt.	37
2.	38
Nach der ergänzenden Beweisaufnahme steht aber zur Überzeugung des Senats fest, dass dem Beklagten für die Zeit ab 03:50 Uhr am 01.09.2006 ein grober Befunderhebungsfehler in Form einer unterlassenen Blutzuckerwertbestimmung zur Last zu legen ist. Der Blutzuckerwert hätte vorliegend nach Bewältigung der Akutsituation und Stabilisierung der Klägerin spätestens um 04:30 Uhr bestimmt werden müssen.	39
a) Das Landgericht hat gestützt auf das gynäkologische Gutachten des Sachverständigen Prof. H und das neonatologische Gutachten des Sachverständigen Dr. y im Zusammenhang mit der lebensbedrohlichen Situation für die Klägerin ab 3:50 Uhr am 01.09.2006 zutreffend einen Befunderhebungsfehler insoweit angenommen, als von den mit der Versorgung der Klägerin befassten Ärzten - dem Beklagten und dem Streithelfer zu 4) - versäumt worden ist, eine Blutzuckerbestimmung bei der Klägerin vorzunehmen. Dies hat sich im Rahmen der ergänzenden Beweisaufnahme durch den Senat bestätigt.	40

aa) Bei erstmaligem Bemerkten der akuten Situation der Klägerin – schlapp, Blauverfärbung der Extremitäten, Puls von 96, Sauerstoffsättigung von 70 % - sind nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme die zunächst zwingend gebotenen Maßnahmen mit der gebotenen Zügigkeit vorgenommen worden. Dabei sind die initialen Handlungsschritte, die der hinzu gerufene Streithelfer zu 4) nach seinem Eintreffen ausgeführt hat, nach Angabe der Sachverständigen Dr. H und Dr. y konsequent und richtig gewesen, da bei einem Neugeborenen-Notfall zunächst Atmung und Kreislauf stabilisiert werden müssen. Als in der Notfallversorgung von Neugeborenen nicht geübten, niedergelassenen Kinderarzt ist dem Streithelfer zu 4) auch nicht vorzuwerfen, dass der an sich notwendige intravenöse Zugang nicht gelegt werden konnte. Gleiches gilt für den Beklagten. Nachdem sich der körperliche Befund und die Sauerstoffsättigung unter der Behandlung stabilisierten, waren die getroffenen Maßnahmen in der konkreten Situation zunächst kurzfristig ausreichend. Es ist auch zeitnah der Kindernotarzt zur unbedingt angezeigten Verlegung der Klägerin in eine Kinderklinik verständigt worden. 41

bb) Behandlungsfehlerhaft ist dann aber im Nachgang der lebensbedrohlichen Situation ab 3:50 Uhr unterlassen worden, den Blutzuckerwert zu bestimmen. Eine solche Bestimmung wäre zumindest im Nachgang der unmittelbaren akuten Situation aus medizinischer Sicht differentialdiagnostisch dringend erforderlich gewesen. Insoweit ist dem Landgericht maßgeblich gestützt auf die Angaben des neonatologischen Sachverständigen Dr. y eine Zeitspanne nach dem Eintreffen des Kinderarztes um 4:08 Uhr von 20-30 Minuten realistisch erschienen. Zumindest in dem danach bis zum Eintreffen des Kindernotarztes um ca. 5:00 Uhr verbleibenden Zeitraum wäre der Blutzuckerwert zu bestimmen gewesen, um zu klären, ob das stattgefundenere Geschehen auf eine Hypoglykämie (Unterzuckerung) zurückzuführen und entsprechend zu reagieren war. 42

Soweit dabei der Sachverständige Dr. H eine Bestimmung bereits deutlich früher schon im Rahmen der Reanimation der Klägerin gefordert hat, ist das Landgericht mit überzeugender Begründung der Auffassung des Sachverständige Dr. y gefolgt, die zudem auch eher mit den deutlich geringeren Anforderungen der Privatgutachter Prof. Dr. U und Dr. X2 an eine Blutzuckerbestimmung in Zusammenhang mit der gegebenen Akutsituation in Einklang zu bringen sind. Es ist auch für den Senat in hohem Maße nachvollziehbar, dass es zunächst geboten gewesen ist, auf die unmittelbar lebensbedrohliche Situation der Klägerin zu reagieren und erst nach eingetretener Stabilisierung über weitere diagnostische Maßnahmen wie die Blutzuckerbestimmung zu entscheiden. Jedenfalls nach erfolgter Stabilisierung des Kindes hat nach Auffassung aller gerichtlichen Sachverständigen aber eine solche Befunderhebung zu erfolgen, zumal sämtliche Anzeichen, welche die Klägerin in der Akutsituation gezeigt hat, grundsätzlich mit einer Hypoglykämie einhergehen konnten. Es war angezeigt, die Ursache der lebensbedrohlichen Situation zu eruieren, wobei in diesem Zusammenhang dann die Blutzuckerbestimmung bzw. Blutgasanalyse zu den absoluten Standardmaßnahmen gehört. 43

Dabei hat der gynäkologische Sachverständige Dr. H im Rahmen seiner ergänzenden Ausführungen im Senatstermin nachdrücklich bestätigt, dass die Blutzuckerwertbestimmung in einer derartigen Situation auch zum medizinischen Standard des Gynäkologen in der Funktion als Belegarzt gehört. 44

cc) Soweit der Beklagte und die Streithelfer zu 3) und 4) einen Befunderhebungsfehler weiterhin in Abrede stellen, hat die ergänzende Befragung der Sachverständigen im Senatstermin zweifelsfrei ergeben, dass in der konkreten Akutsituation der Klägerin tatsächlich eine Blutzuckerbestimmung noch vor Eintreffen des Kindernotarztes aus 45

medizinischer Sicht zwingend erforderlich gewesen ist.

Der Beklagte und der Streithelfers zu 4) vermögen sich insbesondere nicht damit zu exkulpieren, sie hätten mit dem kurzfristigen Erscheinen des Notarztes gerechnet, da die Bestimmung des Blutzuckerwertes einfach und sehr schnell durchführbar ist und die Kenntnis der Werte bereits für den Transport der Klägerin erforderlich gewesen wäre. 46

Sowohl der gynäkologische Sachverständige Dr. H als auch der neonatologische Sachverständige Dr. Y haben im Senatstermin übereinstimmend angegeben, dass eine Bestimmung des Blutzuckerspiegels jedenfalls unmittelbar nach Bewältigung der akuten Notfallsituation und Reanimation der Klägerin unbedingt erforderlich gewesen ist. Dabei gehört die Bestimmung des Blutzuckerwertes nach übereinstimmender Angabe aller Sachverständigen zur normalen täglichen Routine eines jeden Gynäkologen und zum Standard auch eines niedergelassenen Kinderarztes. Nachdem die Bestimmung nur wenige Minuten dauert, hätte diese auch in jedem Falle noch vor Eintreffen des Notarztes erfolgen müssen. Auch der weitere neonatologische Sachverständige Prof. Dr. L2 ist zu der Bewertung gelangt, dass der Blutzucker nach Stabilisierung des Kreislaufs und der Beatmungssituation spätestens um 04:30 Uhr hätte bestimmt werden müssen. Er hat insoweit nachvollziehbar dargelegt, dass zur differenzialdiagnostischen Überlegung bei einer derart unklaren schwerst beeinträchtigenden Gesamtsituation unbedingt die Bestimmung des Blutzuckers gehört. Man musste hier sofort auf das dramatische Bild der Klägerin ab 03:50 Uhr reagieren und sehr schnell zumindest differentialdiagnostisch die Verdachtsdiagnose einer Unterzuckerung stellen. Vor allem gehört die Angabe des Blutzuckerwertes nach Angabe des Sachverständigen auch zu den Dingen, die bereits für den Transport eines Neugeborenen wichtig sind, weshalb dieser in jedem Falle noch vor Übergabe der Klägerin an den Notarzt hätte bestimmt werden müssen. 47

Soweit allein der Privatgutachter Prof. Dr. U eine Blutzuckeranalyse bis zum Eintreffen des Kindernotarztes nicht für erforderlich gehalten hat, da nach seiner Auffassung die Reanimation der Klägerin im Vordergrund gestanden habe (vgl. Protokoll v. 13.03.2014, S. 11, Bl. 353) vermag dem der Senat angesichts der in jeder Hinsicht überzeugenden Ausführungen der drei gerichtlichen Sachverständigen nicht zu folgen. Nachdem die Untersuchung selbst sehr schnell geht und das Ergebnis üblicherweise nach 20 Sekunden, jedenfalls aber nach wenigen Minuten vorliegt, musste die Blutzuckerwertbestimmung angesichts der gravierenden Folgen einer Hypoglykämie für ein Neugeborenes umgehend nach Bewältigung der Akutsituation vorgenommen werden. Der neonatologische Privatgutachter Dr. X2 hat eine Bestimmung des Blutzuckerwertes nach Reanimation ebenfalls für erforderlich gehalten (vgl. Gutachten v. 02.05.2014, S. 23). 48

b) Der in der unterlassenen Blutzuckerwertbestimmung liegende Befunderhebungsfehler ist vorliegend sowohl dem Streithelfer zu 4) als behandelndem Kinderarzt als auch dem mitbehandelnden Beklagten zur Last zu legen. 49

Beide Ärzte haben die Behandlung der Klägerin in der Akutsituation ab 03:50 Uhr gemeinsam bis zum Eintreffen des Kindernotarztes (Streithelfers zu 5) gegen 05:00 Uhr durchgeführt. Während nun der Beklagte behauptet, er habe dem Streithelfer zu 4) dabei lediglich assistiert, der als Kinderarzt die Verantwortung übernommen habe (vgl. Bl. 290, Bl. 536 d.A.), will demgegenüber der Streithelfer zu 4) nur konsiliarisch in beratender und unterstützender Funktion für den Beklagten tätig geworden sein. 50

Die geburtshilfliche Abteilung im Haus der Streithelferin zu 3) war seinerzeit als reine Belegabteilung ausgestaltet. Gynäkologischer Belegarzt war der Beklagte. Eine Kinderklinik 51

hielt die Streithelferin zu 3) nicht vor. Die Krankenhausaufnahme und Behandlung der Kindesmutter erfolgte danach im Rahmen des Belegarztverhältnisses des Beklagten. Bei der somit gegebenen rechtlichen Gestaltung des „gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrags“ oblag die ärztliche Betreuung der Kindesmutter und der Klägerin zunächst allein dem Beklagten als Belegarzt (vgl. BGH Urt. v. 14.07.1992 – VI ZR 214/91 Rdn. 16, NJW 1992, 2962). Entsprechend hat auch der gynäkologische Sachverständige Dr. H bestätigt, dass im Zeitraum zwischen der U1 und der U2 Untersuchung bei einer Belegabteilung die ärztliche Verantwortung allein bei dem Gynäkologen und dazu mitverantwortend bei der Kinderkrankenschwester liegt. Dementsprechend wurde der Streithelfer zu 4) hier nicht zur Erbringung kinderärztlicher Leistungen des Krankenhauses, der Streithelferin zu 3), eingeschaltet. Der Streithelfer zu 4) wurde vielmehr in seiner Funktion als Kinderarzt kurz nach 03:50 Uhr von dem Beklagten hinzugezogen.

Sodann sind der Beklagte und der Streithelfer zu 4) im Wege der Teamarbeit tätig geworden. Die Aufgabe des Streithelfers zu 4) als Kinderarzt war es vorrangig, die Vitalfunktionen der Klägerin wiederherzustellen. Der Beklagte als Gynäkologe hat insoweit nach Angabe des Sachverständigen Dr. H das Behandlungsmanagement an den Kinderarzt abgegeben. In dem Moment seines Eintreffens gegen 04:08 Uhr kam dem Streithelfer zu 4) als zuständigem Facharzt somit die maßgebliche Verantwortung für die Behandlung der Klägerin zu. Dies hat der neonatologische Sachverständige Dr. y bestätigt. Dieser hat überzeugend ausgeführt, dass wenn – wie im Streitfall – Ärzte verschiedener Fachrichtungen zusammenarbeiten, derjenige die Verantwortung trägt und die Entscheidungen zu treffen hat, der für das Aufgabenfeld am besten qualifiziert ist. Übereinstimmend hiermit hat der Sachverständige Prof. Dr. L2 angegeben, dass der Gynäkologe die Behandlungsverantwortung abgibt, wenn in einer derartigen Akutsituation ein Kinderarzt hinzugezogen wird. Auch der Privatgutachter Prof. Dr. U hat übereinstimmend hierzu ausgeführt, dass die Verantwortung für die zu treffenden Maßnahmen bei seinem Eintreffen auf den Streithelfer zu 4) übergegangen ist und der Beklagte sodann nur noch assistierend tätig geworden ist (vgl. Gutachten v. 10.03.2014 S. 19). 52

Dabei ist dem Streithelfer zu 4) auch nach dem für ihn maßgeblichen Facharztstandard des niedergelassenen Kinderarztes eine Unterschreitung des Facharztstandards aufgrund der unterlassenen Blutzuckerwertbestimmung zur Last zu legen. Insoweit haben sowohl der Sachverständige Dr. y als auch der Sachverständige Prof. Dr. L2 überzeugend ausgeführt, dass ein Facharzt für Kinderheilkunde in jedem Fall erkennen muss, dass durch eine Hypoglykämie beim Neonaten lebensbedrohliche Zustände verursacht werden können, weil dies zum absoluten Standardwissen gehört. Der Kinderarzt muss in diesem Fall dafür sorgen können, dass das Kind Glukose erhält. 53

Daneben ist zur Überzeugung des Senats aber auch dem Beklagten ein eigenständiger Behandlungsfehlervorwurf zu machen. Auch wenn die maßgebliche Behandlungsverantwortung zur Bewältigung der lebensbedrohlichen Akutsituation nach dessen Eintreffen eindeutig bei dem Streithelfer zu 4) gelegen hat, musste nach deren Bewältigung und zwischenzeitlicher Stabilisierung der Klägerin auch der Beklagte im Rahmen seines eigenen Facharztstandards als Gynäkologe die dringende Erforderlichkeit einer Blutzuckerbestimmung erkennen. 54

Der Beklagte war als zunächst allein verantwortlicher Belegarzt auch noch nach der Geburt für die ärztliche Versorgung der Klägerin im Krankenhaus verantwortlich. Soweit der Streithelfer zu 4) in vorwerfbarer Weise bis zum Eintreffen des Kindernotarztes keine Blutzuckerwertbestimmung veranlasst hat, bestand daneben eine zwingende eigenständige 55

Reaktionspflicht des Beklagten und damit im Falle der Unterlassung ein Unterschreiten des fachärztlichen Standards eines Gynäkologen.

Der gynäkologische Sachverständige Dr. H hat hierzu angegeben, dass auch der Gynäkologe hier die klinischen Anzeichen für eine Hypoglykämie erkennen musste. Nachdem der Blutzuckerwert aus medizinischer Sicht in jedem Falle bis zum Eintreffen des Notarztes bestimmt werden musste, hätte nach der Bewertung des Sachverständigen auch der Beklagte als Gynäkologe daran denken und dies veranlassen müssen, wenn der Kinderarzt nicht von sich aus daran denkt. Entsprechend hat Dr. H dargelegt, dass durch die unterlassene Bestimmung des Blutzuckerwertes hier der fachärztliche Standard auch des Gynäkologen verlassen worden ist. Er hat insoweit nachdrücklich und überzeugend darauf abgestellt, dass jeder Gynäkologe mit der Gefahr einer Hypoglykämie vertraut ist und die Bestimmung des Blutzuckerwertes zur täglichen Routine eines jeden Gynäkologen gehört.

56

Liegt danach auch im vorliegenden Bereich der horizontalen ärztlichen Arbeitsteilung ein eigenständiger Befunderhebungsfehler des Beklagten vor, kommt es nicht mehr auf die Entscheidung der Frage an, ob sich der Beklagte als Belegarzt den Fehler des von ihm zur Gewährleistung der erforderlichen ärztlichen Notfallversorgung hinzugezogenen Streithelfers zu 4) nach § 278 BGB zurechnen lassen muss. Der Belegarzt haftet auch für Fehler der von ihm zur Erbringung seiner Leistungen im Krankenhaus hinzugezogenen niedergelassenen Ärzte, soweit diese nicht aufgrund besonderer Umstände in eine eigene vertragliche Beziehung zum Patienten treten (vgl. Martis/Winkhart Arzthaftungsrecht 4. Aufl. Rdn. A380e). Allerdings tritt der hinzugezogene niedergelassene Arzt regelmäßig in unmittelbare Vertrags- und Honorarbeziehungen zum Patienten und haftet danach für Behandlungsversäumnisse selbst (vgl. BGH Urt. v. 14.07.1992 – VI ZR 214/91 Rdn. 17, NJW 1992, 2962). Wird der niedergelassene Arzt aber vom Belegarzt selbst hinzugezogen und rechnet der hinzugezogene (Konsiliar-)Arzt sein Honorar unmittelbar mit dem Belegarzt ab, haftet dieser auch für Fehler des von ihm beauftragten Arztes (vgl. Martis/Winkhart Arzthaftungsrecht 4. Aufl. Rdn. A386a; OLG Oldenburg, VersR 1996, 1111). Vorliegend kann somit offenbleiben, ob der Streithelfer zu 4), der seinen Angaben nach üblicherweise immer selbständig über den Patienten liquidiert, in diesem Fall aber überhaupt nicht abgerechnet hat, selbständig eine eigene kinderärztliche Behandlung vorgenommen hat und damit der Klägerin gegenüber selbst aus vertraglicher Haftung verantwortlich ist.

57

c) Die Unterlassung der Blutzuckerwertbestimmung stellt sich nach der ergänzenden Beweisaufnahme zur Überzeugung des Senats für den Beklagten, wie auch für den Streithelfer zu 4) als grober Befunderhebungsfehler dar.

58

Ein grober Befunderhebungsfehler ist ein Fehler, bei dem eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen wird und der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (vgl. BGH Urt. v. 13.01.1998 – VI ZR 242/96, VersR 1998, 457; vgl. zum groben Behandlungsfehler: BGH Urt. v. 11.06.1996 – VI ZR 172/95, VersR 1996, 1148; BGH Urt. v. 03.07.2001 – VI ZR 418/99, NJW 2001, S. 2795). Gestützt auf die ergänzenden Ausführungen der drei Sachverständigen ist die unterlassene Blutzuckerwertbestimmung vom 01.09.2006 zur Überzeugung des Senats als ein solcher grober Befunderhebungsfehler in Form der Unterlassung elementar gebotener differentialdiagnostischer Maßnahmen anzusehen.

59

Zunächst haben beide neonatologischen Sachverständigen den streitgegenständlichen Befunderhebungsfehler im Rahmen der Bewertung ihres Fachgebietes übereinstimmend als grob eingestuft. Dr. y hat dargelegt, dass die Unterlassung als grob fehlerhaft zu bewerten ist,

60

weil die Blutzuckerwertbestimmung einfach und schnell ist, die Folgen einer Unterlassung aber fatal für das Neugeborene sein können. Die Nichtbestimmung des Blutzuckerwertes bei Verdacht auf Unterzuckerung stellt eine grobe Unterlassung dar, weil der Zustand nach einer Hypoglykämie potentiell schädigend ist und in jedem Falle zügig behandelt werden muss. Das Unterlassen der Blutzuckerwertbestimmung ist nach seiner Auffassung schlicht nicht nachvollziehbar. Auch der Sachverständige Prof. Dr. L2 hat es aus ex-ante Sicht als vollkommen unverständlich angesehen, dass zur Klärung der Gesamtsituation vor dem Notarzttransport keine Blutuntersuchungen (Blutzucker, Blutgasanalyse, Elektrolyte) durchgeführt worden sind. Bei der Differenzialdiagnose eines schwer beeinträchtigten Neugeborenen mit einem kritischen Zustand, wie er bei der Klägerin gegen 3:50 Uhr bestanden hat, ist seinen Ausführungen nach die Prüfung des Blutzuckerwertes als absolut vorrangig anzusehen. Dies ist einfach und geht sehr schnell. Vor allem aber lässt sich sodann mit einer schnellen Glukosegabe zumeist sofort das Schlimmste verhindern.

Dem hat sich nunmehr auch der gynäkologische Sachverständige Dr. H ausdrücklich angeschlossen und die Unterlassung des Beklagten ebenso aus gynäkologischer Sicht als groben Befunderhebungsfehler bewertet. Soweit er erstinstanzlich die Unterlassung der Blutzuckerwertbestimmung in der gegebenen Situation in einer Belegabteilung unter akuten Notfallbedingungen noch als einfachen Befunderhebungsfehler angesehen und nach mehrfach frustrierten Versuchen der Anlage eines Zugangs noch als nachvollziehbar angesehen hat (s. Protokoll v. 13.03.2014, S. 9, Bl. 351 d.A.), hat er hieran im Senatstermin nicht mehr festgehalten. Er hat dargelegt, dass ein Prüfling in einer gynäkologischen Facharztprüfung, der in einer derartigen Situation nicht an die Bestimmung des Blutzuckerwertes gedacht hätte, in der Prüfung durchgefallen wäre. Der Grund für die Annahme eines derartig schwerwiegenden Fehlers sind nach Angabe des Sachverständigen die schwerwiegenden Folgen für den Neugeborenen, weil bei einem komatösen Kind eine fortbestehende Unterzuckerung absolut lebensbedrohlich ist. Bei einer derart gravierenden Klinik ist dann automatisch zu erwarten, dass auch von dem Gynäkologen sofort der Blutzuckerwert bestimmt wird.

61

Dieser Wertung schließt sich der Senat aus eigener Überzeugung an. Angesichts der absolut lebensbedrohlichen Folgen einer Unterzuckerung auf der einen Seite und der Schnelligkeit und Einfachheit einer Blutzuckerwertbestimmung auf der anderen Seite ist es vollkommen unverständlich, dass diese nach Bewältigung der akuten Notfallsituation uneingeschränkt vorrangige Untersuchungsmaßnahme unterblieben ist. Dies gilt umso mehr, als die Information zum Blutzuckerwert auch bereits für den Transport der Klägerin im Notarztwagen aus medizinischer Sicht bedeutsam gewesen wäre. Die Unterlassung der Blutzuckerwertbestimmung ist mithin als grober Befunderhebungsfehler auch des Beklagten anzusehen.

62

3.

63

Aufgrund der vom Senat ergänzend durchgeführten Beweisaufnahme ist weiter mit der erforderlichen Sicherheit davon auszugehen, dass bei der Klägerin bereits ab 03:50 Uhr am 01.09.2006 eine Unterzuckerung vorgelegen hat und dass sämtliche nach der stationären Aufnahme im Klinikum der Streithelferin zu 3) festgestellten maßgeblichen Beeinträchtigungen der Klägerin auf die von dem Beklagten zu vertretende zeitliche Verzögerung der Bestimmung des Blutzuckerwertes und die somit für 2 Stunden 40 Minuten anhaltende Hypoglykämie zurückzuführen sind. Dabei greift vorliegend zu Gunsten der Klägerin eine Beweislastumkehr.

64

65

a) Es stellt wie soeben dargelegt einen groben Befunderhebungsfehler dar, dass der Beklagte nicht spätestens ab 04:30 Uhr die dringend gebotene Blutzuckerwertbestimmung veranlasst hat. Ist die Unterlassung der Befunderhebung selbst schon als grober Behandlungsfehler zu werten, kommt es bezüglich der kausalen Folgen eines solchen Befunderhebungsfehlers zu einer Beweislastumkehr.

b) Überdies ist unabhängig von der Annahme eines groben Behandlungsfehlers insgesamt hinsichtlich der Folgen des Befunderhebungsfehlers vom 01.09.2006 zugunsten der Klägerin von einer Beweislastumkehr auszugehen. 66

Eine Beweislastumkehr ist auch bei einem einfachen Befunderhebungsfehler gerechtfertigt, wenn die unterlassene Befunderhebung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem reaktionspflichtigen Befund geführt hätte und sich die Verkennung des Befundes als fundamental oder das Verhalten des Arztes auf der Basis dieses Ergebnisses als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH Urt. v. 13.02.1996 – VI ZR 402/94, VersR 1996, 633; BGH Urt. v. 13.01.1998 – VI ZR 242/96, VersR 1998, 457). 67

Entgegen der Auffassung des Landgerichts greifen diese Grundsätze der Beweislastumkehr im Streitfall ein. Der Senat hat zur der Frage, ob eine Bestimmung des Blutzuckerwertes in der Zeit von 03:50 Uhr bis 05:00 Uhr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen reaktionspflichtigen Befund in Form einer Unterzuckerung der Klägerin gezeigt hätte und ob sämtliche gesundheitlichen Einschränkungen ursächlich auf eine Hypoglykämie zurückzuführen sind, ein ergänzendes neuropädiatrisch/neonatologisches Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. L2 eingeholt. Dabei ist die ergänzende Begutachtung auch auf ausdrückliche Anregung des Sachverständigen Dr. y erfolgt, um die bis dahin offen gebliebenen medizinischen Fragen möglichst durch weitergehende spezielle Untersuchungen abzuklären. 68

aa) Wie der Sachverständige Prof. Dr. L2 in seinem schriftlichen Gutachten vom 10.01.2018 herausgearbeitet und bei seiner erneuten Anhörung durch den Senat bestätigt hat, hätte sich bereits mit Beginn der Akutsituation ab 03:50 Uhr „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ im Rahmen der erforderlichen weitergehenden Diagnostik in Form der Blutzuckerwertbestimmung ein positives reaktionspflichtiges Ergebnis in Form einer Unterzuckerung der Klägerin gezeigt. 69

Prof. Dr. L2 hat ausgeführt, dass sich aufgrund des eindeutigen klinischen Bildes der Klägerin entsprechend auch um 04:30 Uhr mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Unterzuckerung gezeigt hätte. Dabei passte zunächst das klinische Bild des Kindes perfekt zu einer Unterzuckerung. Vor allem aber hat die ergänzende Begutachtung ergeben, dass – nach Ausschluss anderer Ursachen – nur die schwere neonatale Hypoglykämie – ausgelöst durch die angeborene komplexe endokrinologische Störung mit tertiärer Nebenniereninsuffizienz – als Ursache der schweren Behinderung verbleibt. Insoweit hat sich Prof. Dr. L2 den diesbezüglichen Angaben des Privatgutachters Dr. X2 umfassend angeschlossen. 70

Soweit der Sachverständige Dr. y zunächst dargelegt hat, dass unter Berücksichtigung der Grunddisposition der Klägerin auch ein epileptisches Anfallereignis unabhängig von einer Hypoglykämie ein identisches Bild hervorgerufen haben könne, hat er nach Vorlage der ergänzenden Untersuchungsergebnisse an dieser Auffassung nicht mehr festgehalten und sich der Auffassung von Prof. Dr. L2 angeschlossen. Soweit Dr. y anfangs dargelegt hat, dass die anschließend in der Kinderklinik in Q erhobenen Werte der Blutgasanalyse keinen Rückschluss zuließen, dass die Klägerin bereits während der Behandlung des Beklagten 71

unterzuckert gewesen sei, hat die ergänzende Begutachtung gezeigt, dass die Blutgasanalyse bei der hier vorliegenden endokrinologisch bedingten Hypoglykämie mit sekundärer Hirnschädigung – anders als in sonstigen Fällen der Hypoglykämie - nicht verändert ist. Dabei gibt es nach Angabe von Prof. Dr. L nach molekulargenetischem Ausschluss anderer zugrunde liegender Erkrankungen zu der endokrinologisch bedingten Hypoglykämie keine Alternative. Insoweit hat die auf Anregung von Dr. y durchgeführte Trio-Exom Analyse, welche die umfangreichste und gründlichste molekulargenetische Untersuchung für Menschen mit unklarer syndromaler Erkrankung darstellt, keinen richtungsweisend pathologischen Befund ergeben. Nachdem die Sequenzierung des Genoms bei der Klägerin negativ ausgefallen ist, können die Beeinträchtigungen der Klägerin danach auf einen derartigen Schaden nicht zurückgeführt werden. Somit hat die genetische Analyse eindeutig ergeben, dass bei der Klägerin allein ein komplexes endokrinologisches Krankheitsbild vorliegt, aber kein hormonelles Krankheitsbild mit genetischer Ursache. Der Sachverständige Dr. y hat nach Vorlage dieser Untersuchungsergebnisse bestätigt, dass bei der Klägerin eine seltene endokrinologische Auffälligkeit vorliegt. Er hat nunmehr in Übereinstimmung mit Prof. Dr. L2 dargelegt, dass sich bei Patienten mit dieser Störung gerade kein Rückschluss von den Blutgaswerten auf die Dauer der Unterzuckerung ziehen lässt. Entsprechend hat er seine vorherige Auffassung, dass bei der Klägerin voraussichtlich noch keine so lange Unterzuckerung bestanden hat, korrigiert.

Nach Angabe des Sachverständigen Prof. Dr. L2 ist die lebensbedrohliche Gesamtsituation um 03:50 Uhr eindeutig durch eine inadäquate Stressreaktion bei Cortisolmangel, verbunden mit Kreislaufdepressionen und Hypoglykämie ausgelöst worden. Bei der Klägerin liegt danach eine angeborene Störung der Hormonachse vor, die letztlich am 01.09.2006 zur Unterzuckerung geführt hat. Für dieses komplexe Krankheitsbild gibt es nach Angabe des Sachverständigen klinisch keinerlei Alternativen. 72

Beide Sachverständigen haben sich nunmehr nach Klärung des Krankheitsbildes auch dahingehend festgelegt, dass eine Unterzuckerung der Klägerin selbst dann bereits ab 03:50 Uhr bestanden hat, wenn der Klägerin anschließend während des Notarzttransports durch den Streithelfer zu 5) keine Glukose zugeführt worden ist. Insoweit steht nach Vorlage des Notarztprotokolls und der Behandlungsunterlagen der Streithelferin zu 6) zur Überzeugung des Senats fest, dass der Streithelfer zu 5) der Klägerin keine Glukose verabreicht hat. Zunächst ist das Notarztprotokoll vom 01.09.2006 praktisch vollkommen leer und enthält insbesondere zur Glukosegabe an der hierfür explizit aufgeführten Stelle keinerlei Eintragungen. Der Sachverständige Prof. Dr. L2 hat ausgeführt, dass dieses Notarztprotokoll aus medizinischer Sicht „eine Katastrophe“ darstellt und in keiner Weise den üblichen Anforderungen entspricht. Ausweislich des Pflegeberichts der Streithelferin zu 6) vom 01.09.2006 war die Klägerin auf dem Transport intubiert und bradykard. Auch diesbezüglich enthält das Notarztprotokoll keinerlei Einträge. Es ist für den Nachbehandler im Krankenhaus damit nach Angabe von Prof. Dr. L2 insgesamt nicht zu verwerten. Der Sachverständige Dr. y hat sich dem angeschlossen. Er hat dargelegt, dass die Anlage eines Zugangs und die Gabe von Glukose bereits im Notarztwagen nach der eben zuvor erfolgten Reanimation der Klägerin aus medizinischer Sicht zwingend erforderlich gewesen sind. Nachdem die Information über die Anlage des Zugangs und die Gabe von Glukose für die Nachbehandler für die anschließenden differentialdiagnostischen Erwägungen von erheblicher Bedeutung sind, liegt vorliegend ein Dokumentationsmangel mit der Folge vor, dass insoweit von einem Unterlassen dieser Maßnahmen auszugehen ist. Darüber hinaus bestätigen auch die Behandlungsunterlagen der Streithelferin zu 6) eindeutig, dass der Klägerin im Notarztwagen kein Zugang gelegt worden ist und damit während des Transports keine Glukose zugeführt worden sein kann. Der Aufnahmebefund der Streithelferin zu 6) vom 01.09.2006, 05:40 73

enthält den handschriftlichen Eintrag „*peripher-venöser Zugang klappt rasch*“. Ausweislich dieser Dokumentation wurde in der Klinik erstmalig ein Zugang gelegt. Anderenfalls wäre nach Angabe des Sachverständigen Prof. Dr. L2 dokumentiert worden, dass man den bestehenden Zugang weiter verwendet. Dr. y hat ebenfalls dargelegt, dass aus dieser Dokumentation eindeutig hervorgeht, dass erstmalig in der Kinderklinik ein Zugang bei der Klägerin gelegt worden ist. Steht danach fest, dass die Klägerin mangels Zugangs auf dem Notarzttransport keine Glukose erhalten hat, kommt es nicht mehr darauf an, ob dem Streithelfer zu 5) das geltend gemachte Zeugnisverweigerungsrecht nach § 384 ZPO zusteht, zumal sich auch bis zuletzt keine der Parteien insoweit auf dessen Zeugnis berufen hat.

bb) Auf diese ab 03:50 Uhr bestehende Hypoglykämie nicht mit weiteren
Behandlungsmaßnahmen in Form einer sofortigen Glukosegabe nach Bestimmung der
Blutzuckerwerte zu reagieren, wäre aus medizinischer Sicht unverständlich und als grober
Behandlungsfehler zu bewerten. So haben die Sachverständigen Dr. y und Prof. Dr. L2 im
Senatstermin ausdrücklich ausgeführt, dass in jedem Falle ein grober Behandlungsfehler
vorläge, wenn der Behandler bei einem solchen Befund untätig geblieben wäre, weil für die
Patientin dann akute Lebensgefahr bestanden hätte. Die Behandlungskonsequenz hätte in
der sofortigen Vornahme einer Glukosegabe zur Beseitigung der Hypoglykämie bestanden.

74

Soweit der hierzu grundsätzlich erforderliche venöse Zugang von dem Beklagten sowie dem
Streithelfer zu 4) trotz mehrfacher Versuche in der Akutsituation nicht gelegt werden konnte,
hätte die Glukosegabe nach Angabe der Sachverständigen auf anderem Wege erfolgen
müssen. So wäre als zweitbeste Lösung eine Glukosezuführung mittels einer Magensonde in
Betracht gekommen; alternativ hätte man auch ein Nabelkatheter legen können. Der
Sachverständige Dr. y hat im Senatstermin klargestellt, dass Glukose in jedem Falle über
eine Magensonde hätte zugeführt werden müssen; es musste bei einem pathologischen
Befund sofort reagiert werden. Die Anlegung der Magensonde wäre trotz bereits erfolgter
Alarmierung des Notarztes erforderlich gewesen. Dabei hat der Sachverständige Dr. y
ausgeführt, dass die Anlage einer Magensonde nach bereits zuvor erfolgter Intubation
einfach ist und in der Zeitspanne bis zum Eintreffen des Notarztes ohne Weiteres möglich
gewesen wäre, so dass sich die Flüssigkeit bis dahin verteilt hätte. Auch der Sachverständige
Prof. Dr. L2 hat im Falle des Nachweis von Unterzuckerung sowie gescheitertem Versuch
des Legens eines venösen Zugangs die sofortige Anlage einer Magensonde als erforderlich
erachtet, um der Klägerin zumindest die zweitbeste Form der Zuckersubstitution zu
ermöglichen. Diese hätte der Beklagte entweder selbst vornehmen oder durch sofortige
Herbeirufung eines geeigneten Arztes, etwa – nach übereinstimmender Angabe aller
Sachverständigen – des Anästhesisten veranlassen müssen.

75

c) Aufgrund der ergänzenden Angaben der Sachverständigen Prof. Dr. L2 und Dr. y im
Senatstermin steht weiter zur Überzeugung des Senats fest, dass die unterlassene
Befunderhebung generell geeignet war, die gesundheitliche Befindlichkeit der Klägerin in
ihrer konkreten Ausprägung hervorzurufen. Dagegen hat der Beklagte nicht beweisen
können, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem ihm vorzuwerfenden
Behandlungsfehler und dem Primärschaden gänzlich unwahrscheinlich ist.

76

Der Primärschaden ist im Streitfall die gesundheitliche Befindlichkeit der Klägerin, die
dadurch entstanden ist, dass am 01.09.2006 ab 04:30 Uhr die dringend erforderliche
umfassende Diagnostik in Form einer Blutzuckerwertbestimmung unterlassen wurde und als
Folge dieser Unterlassung aufgrund verzögerter Glukosegabe eine Hypoglykämie über einen
Zeitraum von 2 Stunden und 40 Minuten vorgelegen hat. Unterzuckerung ist bei einem
Neugeborenen nach Angabe des Sachverständigen Prof. Dr. L2 ein absoluter Notfall. Das

77

Gehirn benötigt Glukose, anderenfalls kommt es dort unweigerlich zu einer Schädigung. Vorliegend steht mit hinreichender Sicherheit fest, dass ein hypoglykämischer Schock für das akute klinische Bild der Klägerin am 01.09.2006 verantwortlich ist.

d) Die massive und lang anhaltende Unterzuckerung der Klägerin ist nach dem Ergebnis der ergänzenden Beweisaufnahme ursächlich für sämtliche maßgeblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klägerin geworden. 78

Der Sachverständige Dr. y hat bei der Klägerin eine kombinierte Verhaltens- und Entwicklungsstörung mit schwerer geistiger Behinderung festgestellt. Sie versteht einfache Ansprachen und Aufforderungen, ist aber zu einer aktiven Wortbildung bzw. Sprache nicht in der Lage. Hinsichtlich der Hör- und Sehorgane besteht eine so gravierende Störung der Wahrnehmung akustischer und visueller Reize, dass diese einer funktionellen Hör- und Sehbehinderung gleichkommt. Darüber hinaus besteht bei der Klägerin eine medikamentös nicht beherrschbare Epilepsie mit unvorhersehbaren großen Anfällen. Eine wesentliche Änderung der Befunde und Besserung des Entwicklungszustands ist nach Angabe von Dr. y ausgeschlossen. 79

Der Sachverständige Prof. Dr. L2 hat die Klägerin am 28.06.2017 persönlich untersucht und hat sämtliche im Vorgutachten von Dr. y dargestellten gesundheitlichen Einschränkungen der Klägerin vollumfänglich bestätigt. Auch er ist in Übereinstimmung mit Dr. y zu dem Befund gelangt, dass bei der Klägerin eine komplexe endokrinologische Pathologie aus kombinierter Hypothalamus-Hypophysenstörung bei „inkomplettem Pituitary stalk interruption-syndrom“ mit Adipositas vorliegt, begleitet durch das Bild einer ausgeprägten statomotorischen Störung mit geistiger Behinderung sowie einer therapieresistenten symptomatischen Epilepsie. 80

Anders als zunächst durch Dr. y angenommen steht nach den ergänzenden Untersuchungen, insb. der mittels Trio-Exom-Diagnostik vorgenommenen Sequenzierung des gesamten Genoms der Klägerin, nunmehr fest, dass dieser klinische Zustand nicht durch ein primär epileptisches Geschehen ausgelöst worden ist, sondern letztlich allein auf eine hypoglykämische Schädigung zurückzuführen ist. Insoweit hat der Sachverständige Prof. Dr. L2 überzeugend dargelegt, dass nach molekulargenetischem Ausschluss anderer Erkrankungen das gesamte Retardierungsbild eine Folge der langanhaltenden Hypoglykämie ist, da nur die schwere neonatale Hypoglykämie ausgelöst durch die komplexe endokrinologische Störung mit tertiärer Nebenniereninsuffizienz als Ursache der schweren Behinderung verbleibt. Der Sachverständige konnte sich nach Ausschluss sämtlicher bekannten Alternativen festlegen, dass das gesamte schwerwiegende Krankheitsbild der Klägerin auf die Unterzuckerung zurückzuführen ist. Die bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung hätte nach Angabe von Prof. L2 durch frühzeitige Glukosezufuhr unmittelbar nach Bewältigung der Akutsituation mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit verhindert werden können. 81

Bei der Klägerin liegt ab Geburt ein komplexes endokrinologisches Krankheitsbild vor. Die Hypoglykämie ist nach Angabe des Sachverständigen Prof. Dr. L2 eine Reaktion auf dieses endokrinologische Krankheitsbild mit einem Kortisolmangel gewesen. Dabei verursacht nicht bereits die anlagebedingte hormonelle Störung eine geistige Behinderung. Die angeborene neuroanatomische Fehlbildung bringt lediglich bestimmte Risiken für das neugeborene Kind mit sich, so vor allem dasjenige einer Hypoglykämie. Entscheidend für die weitere Entwicklung ist dann, dass man die klinischen Zeichen einer Unterzuckerung rechtzeitig erkennt und auf diese sofort angemessen durch Glukosegabe reagiert. Demgegenüber ist es für die weitere Entwicklung nicht entscheidend, wann genau man die hormonelle Störung erkennt. Insoweit hätte man nach Darlegung von Prof. Dr. L2 im Streitfall nach Beseitigung 82

der Unterzuckerung und Stabilisierung des Kreislaufs in Ruhe im Wege der Stufendiagnostik die Ursache hierfür ermitteln können.

Der angeborene „Webfehler“ ist damit nicht ursächlich für die schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Klägerin geworden und für das bestehende klinische Bild der Klägerin unbedeutend. Die Sachverständigen Dr. y und Prof. Dr. L2 haben übereinstimmend festgestellt, dass bei der Klägerin eine fokale anlagebedingte Hirnaufbaustörung in Form des Nachweises einer linksseitigen temporalen Heterotopie (Hirnaufbaustörung) vorliegt. Die fokale Heterotopie wie auch die Fehlanlage der Neurophyse und des Hypophysenstieles sind angeboren und nicht auf eine Hypoglykämie zurückzuführen. Den Nachweis dieser kleinen fokalen Heterotopie hat der Sachverständige Prof. Dr. L2 gestützt auf seine langjährigen epileptologischen Erfahrungen als nicht bedeutend für das klinische Bild und den Verlauf der schweren therapieresistenten symptomatischen Epilepsie nach Hypoglykämie eingestuft. Seinen Ausführungen nach ergibt sich aus einschlägigen Studien, dass das endokrinologische Bild für sich genommen nicht mit einer so komplexen Entwicklungsstörung einhergeht. Ursache der schweren Behinderung der Klägerin ist nach Ausschluss anderer Ursachen nur die schwere neonatale Hypoglykämie. Soweit Dr. y zunächst in seinem Gutachten aus den fehlenden Veränderungen der Okzipitalrinde den Schluss gezogen hat, dass die Hirnschädigung nicht durch die Hypoglykämie bedingt ist, hat Prof. Dr. L2 gestützt auf aktuelle Literatur dargelegt, dass nur bei 72 % der Neonaten mit schwerer neonataler Hypoglykämie die Okzipitalregion bildmorphologisch (MRT) betroffen ist. Auch das Fehlen einer sekundären Mikrozephalie spricht nicht gegen das Vorliegen einer schweren neonatalen Hypoglykämie.

83

Beide Sachverständige stimmen danach darin überein, dass mit der Gehirnauffälligkeit und Störung der Endokrinologie einzelne Befunde nicht auf eine Unterzuckerung zurückgeführt werden können. Der Sachverständige Prof. Dr. L2 hat im Rahmen seiner ergänzenden Ausführungen im Senatstermin allerdings nochmals verdeutlicht, dass die lang anhaltende Hypoglykämie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das neurologische Störungsbild bei der Klägerin komplett erklärt und damit das gesamte Retardierungsbild als Folge dieser neonatalen Hypoglykämie anzusehen ist. Der Sachverständige Dr. y ist dieser Bewertung im Rahmen seiner abschließenden Stellungnahme nicht mehr entgegengetreten. Er hat sein bisheriges Gutachten unter Verweis auf die weitergehenden Untersuchungen und die nunmehr vorliegenden Behandlungsunterlagen der Streithelfer zu 5) und 6) dahingehend korrigiert, dass bei der Klägerin eine lang anhaltende Unterzuckerung bestanden hat.

84

Es bedurfte entgegen der Auffassung des Streithelfers zu 4) auch nicht der Einholung eines weiteren endokrinologischen Gutachtens. Beiden Sachverständigen war die komplexe endokrinologische Pathologie bekannt. Der Sachverständige Prof. Dr. L2 hat unter Verweis auf die langjährige endokrinologische Behandlung der Klägerin darauf verwiesen, dass das endokrinologische Krankheitsbild der Klägerin eindeutig gelöst ist.

85

4.

86

Im Hinblick auf den dem Beklagten zur Last zu legenden groben Befunderhebungsfehler kann vorliegend offen bleiben, ob ein weiterer, dem Beklagten als Belegarzt zuzurechnender Behandlungsfehler darin zu sehen ist, dass nach dem Auftreten der Komplikationen um 03:50 Uhr, neben dem Streithelfer zu 4) nicht auch ein Anästhesist zur Behandlung der Klägerin hinzugerufen worden ist.

87

Nachdem am 01.09.2016 um 03:50 Uhr Komplikationen aufgetreten sind, die Klägerin schlapp war und an Händen und Füßen blau, hat der Beklagte den Streithelfer zu 4), einen

88

niedergelassenen Kinderarzt, hinzugerufen. Der gynäkologische Sachverständig Dr. H hat insoweit aber im Senatstermin angegeben, dass vor allem ein Anästhesist umgehend hätte hinzugezogen werden müssen, da dieser besser als ein Gynäkologe und auch ein niedergelassener Kinderarzt geeignet ist, die Reanimation eines Neugeborenen zu leiten. Die unterlassene Anweisung der Hinzuziehung eines im Hause befindlichen Anästhesisten hat der Sachverständige Dr. H für einen „deutlichen Fehler“ gehalten (s. Protokoll v. 08.11.2016, S.3, Bl. 807 d.A.). Auch der neonatologische Sachverständige Dr. y hat in Übereinstimmung hiermit bestätigt, dass bei Eintritt des Notfalls mit vital bedrohlicher Situation um 03:50 Uhr als erstes ein Anästhesist hätte verständigt werden müssen, da dieser sicher in der Lage gewesen wäre, die erforderlichen Notfallmaßnahmen zu ergreifen und hierfür aufgrund seiner fachlichen Qualifikation wesentlich besser in der Lage gewesen wäre als ein niedergelassener Kinderarzt.

5. 89

Es kommt auch nicht mehr darauf an, ob die von der Klägerin im Berufungsverfahren weiterhin geltend gemachten Aufklärungsversäumnisse vorliegen. Soweit die Klägerin allerdings in einer Spontangeburt weiterhin eine gleichrangige Alternative sieht, haben die Sachverständigen Dr. H und Dr. y die Sectio erstinstanzlich bereits wegen der Beckenendlage der Klägerin als indiziert angesehen und ausgeführt, dass diese überwiegend durch Kaiserschnitt behandelt wird. In einem solchen Fall kann eine Spontanentbindung nur durch einen speziell geübten Geburtshelfer und in einer geeigneten Klinik vorgenommen werden, welche sich die Schwangere frühzeitig aussuchen muss. Neben der Beckenendlage der Klägerin und dem erwarteten Kindsgewicht musste zudem noch das besondere Infektionsrisiko aufgrund der Streptokokkeninfektion der Scheide der Kindsmutter berücksichtigt werden, welches bei einem Kaiserschnitt praktisch auszuschließen war.

6. 91

Der Klägerin steht gegen den Beklagten danach ein Anspruch auf Ersatz materieller und immaterieller Schäden nach den § 249, 253 Abs. 2 BGB zu. 92

a) Die Klägerin kann gemäß § 253 Abs. 2 ZPO ein angemessenes Schmerzensgeld verlangen, dessen Höhe der Senat mit 500.000 EUR bemisst. 93

Dabei ist insbesondere der auf der lang anhaltenden Hypoglykämie beruhende komplikationsträchtige Krankheitsverlauf zu berücksichtigen sowie der Umstand dass die schwer geistig behinderte und körperlich beeinträchtigte Klägerin niemals in der Lage sein wird, ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Bei der Klägerin liegt eine kombinierte Entwicklungsstörung mit schwerer geistiger Behinderung vor. Sie versteht nach Angabe der Sachverständigen lediglich einfache Ansprachen und Aufforderungen und ist insoweit in der Lage, ihr Einverständnis durch Nicken zu verstehen zu geben. Zu einer aktiven Wortbildung und Sprache ist die Klägerin nicht in der Lage. Weiterhin besteht eine so gravierende Störung der Wahrnehmung akustischer und visueller Reize, dass diese einer funktionellen Hör- und Sehbehinderung gleichkommt. Sie geht mit kleinen Trippelschritten und produziert den Pinzettengriff. Die mittlerweile 12 Jahre alte Klägerin besucht in Begleitung einer Integrationshelferin eine Schule für geistig behinderte Kinder. Dabei ist als Ausdruck der Schwere der geistigen Behinderung allerdings keine aktive Kommunikation mit der Klägerin möglich. Bei der Klägerin wurde eine GdB von 100 festgestellt, daneben die gesundheitlichen Voraussetzungen der Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „B“ (Notwendigkeit ständiger Begleitung) und „H“ (Hilflosigkeit). Hinzu kommt, dass bei der Klägerin weiterhin eine medikamentös nicht beherrschbare Epilepsie mit unvorhersehbaren 94

großen Anfällen besteht, wobei es nach Angabe der Kindesmutter zuletzt noch im November 2018 zu einem schweren Krampfanfall gekommen ist. Neben der Schwere der geistigen Behinderung ist für die Höhe des Schmerzensgeldes bestimmend, dass die Klägerin ihr gesamtes Leben lang massiv durch die Epilepsie beeinträchtigt ist und ihr gesamtes weiteres Leben lang vollumfänglich auf fremde Hilfe angewiesen sein wird. Es fällt dabei insbesondere ins Gewicht, dass sie niemals in der Lage sein wird, ein selbstbestimmtes Leben zu führen und mit ihrer Umwelt – außer durch einfaches Nicken – aktiv zu kommunizieren.

Die konkrete Höhe des Schmerzensgeldes bemisst der Senat angesichts der festgestellten schwersten Beeinträchtigungen mit 500.000,00 €. 95

Die Funktion des Schmerzensgeldes liegt nach ständiger Rechtsprechung darin, dem Verletzten einen materiellen Ausgleich für den erlittenen immateriellen Schaden und Genugtuung für das ihm zugefügte Leid zu gewähren. Eine billige Entschädigung in Geld steht dem Geschädigten aber auch zu, wenn seine Persönlichkeit weitgehend zerstört ist, selbst wenn seine Empfindungsfähigkeit ganz oder teilweise durch das schadensstiftende Ereignis aufgehoben ist (vgl. BGH Urt. v. 13.10.1992 – VI ZR 201/01, VersR 1993, 327; BGH Urt. v. 16.02.1993 – VI ZR 29/92, VersR 1993, 585). Das Schmerzensgeld muss dabei der Höhe nach unter umfassender Berücksichtigung aller maßgeblichen Umstände festgesetzt werden und in einem angemessenen Verhältnis zu Art und Dauer der Verletzungen stehen (vgl. nur Palandt-Grüneberg, BGB, 77. Auflage, § 253 Rdn. 4, 15 m.w.N.). 96

Der Klägerin ist über die von den Sachverständigen dargelegten in höchstem Maße eingeschränkten Fähigkeiten hinaus praktisch jede Möglichkeit einer körperlichen und geistigen Entwicklung genommen. Sie wird die normalen Entwicklungsstufen von Kindheit, Jugend, Erwachsensein bis zum Alter kaum bewusst erleben und ihre Persönlichkeit entwickeln können. Sie ist lediglich in der Lage, ihr nahestehende Bezugspersonen zu erkennen und auf diese zu reagieren und dabei nonverbal grundlegende Emotionen zu äußern. Die Klägerin ist in ihrer täglichen Lebensführung maximal beeinträchtigt und wird ihr ganzes Leben lang auf die Hilfe Außenstehender angewiesen sein. Dabei wird es die notwendige dauerhafte Anwesenheit von Helfern und Pflegepersonen der Klägerin unmöglich machen, sich eine eigene, intime Sphäre aufzubauen. Hinzu kommen die immer wiederkehrenden epileptischen Anfälle, welche die Befindlichkeit der Klägerin zusätzlich beeinträchtigen. Derartig umfassende geistige und körperliche Beeinträchtigungen ab dem Zeitpunkt der Geburt rechtfertigen zur Überzeugung des Senats eine in der Höhe herausragende Entschädigung. Auch angesichts der grob fehlerhaften Behandlung hält der Senat insgesamt ein Schmerzensgeld von 500.000,00 Euro für gerechtfertigt. Dieser Betrag ist angemessen und erforderlich, um den dem Beklagten zuzurechnenden schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Klägerin gerecht zu werden. Er bewegt sich auch im üblichen Rahmen vergleichbarer Entscheidungen der obergerichtlichen Rechtsprechung zu Höchstschadensfällen bei der Geburt (vgl. OLG Hamm Urt. v. 16.01.2002 – 3 U 156/00, VersR 2002, 324; OLG Köln Urt. v. 20.12.2006 – 5 U 130/01, VersR 2007, 219; OLG Zweibrücken Urt. v. 22.04.2008 – 5 U 6/07, MedR 2009, 88; KG Berlin Urt. v. 16.02.2012 – 20 U 157/10, MedR 2012, 596; OLG Naumburg Urt. v. 28.11.2001 – 1 U 161/99, VersR 2002, 1295). Soweit in diesen Entscheidungen teilweise sogar noch weitergehendere Schwerstschädigungen (z.B. schwere spastische Tetraparesen) als im hier zu bewertenden Streitfall in die Schmerzensgeldbemessung eingeflossen sind, hält der Senat gleichwohl angesichts des ebenfalls zu berücksichtigenden Umstands, dass diese Entscheidungen teils 10 Jahre und mehr zurückliegen, das festgesetzte Schmerzensgeld in dieser Höhe für angemessen. 97

b) Weiterhin kann die Klägerin den Ersatz der vorgerichtlichen Anwaltskosten in Höhe von 6.286,06 EUR geltend machen. Dabei hält der Senat im Streitfall ausnahmsweise den Ansatz einer 2,3 Geschäftsgebühr für gerechtfertigt, zumal neben der hier vorliegenden besonderen Komplexität des medizinischen wie juristischen Sachverhalts noch eine etwaige Haftungsproblematik zu berücksichtigen war.

c) Der Zinsanspruch für den Schmerzensgeldanspruch sowie die geltend gemachten materiellen Schäden ist gemäß §§ 288 Abs. 1, 286 Abs. 2 Nr. 3 BGB begründet. Der Beklagte hat ab dem Zeitpunkt der im Schreiben vom 15.11.2010 erklärten endgültigen Haftungsverweigerung Zinsen zu leisten. 99

d) Die Klägerin kann schließlich die Feststellung der Ersatzpflicht des Beklagten für sämtliche materiellen sowie derzeit nicht vorhersehbaren zukünftigen immateriellen Schäden verlangen. Das Feststellungsinteresse gemäß § 256 ZPO besteht schon deshalb, weil angesichts von Art und Schwere der Beeinträchtigung der Klägerin künftige Schadensfolgen möglich erscheinen. Dabei umfasst der Feststellungsanspruch bezüglich der materiellen Schäden auch einen von Klägerin zunächst noch gesondert geltend gemachten etwaigen fiktiven Erwerbsschaden. 100

III. 101

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 91 Abs. 1, 101 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 102

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung hat und auch die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung keine Entscheidung des Revisionsgerichts erfordern, § 543 Abs. 2 ZPO. Die für die Entscheidung maßgeblichen Rechtsfragen sind solche des Einzelfalls. 103