
Datum: 28.10.1992
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 27. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 27 U 103/92
ECLI: ECLI:DE:OLGK:1992:1028.27U103.92.00

Normen: ARZTHAFTUNG; BEHANDLUNGSFEHLER; BEWEISLAST; BGB §§ 611 FF., 823 FF.; ZPO § 412;

Leitsätze:

1. Ist ungeklärt geblieben, ob eine seit der Geburt vorhandene Schädigung eines Neugeborenen durch ärztliche Maßnahmen (hier: Entbindung durch Kaiserschnitt) hätte verhindert werden können, so kommt eine Haftung der Klinik oder des Geburtshelfers gegenüber dem Kind allenfalls dann in Frage, wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen für sich genommen grob fehlerhaft gewesen ist.

2. Bei widerstreitenden Sachverständigengutachten besteht keine Pflicht des Gerichts, ein Obergutachten einzuholen, wenn gute Gründe dafür sprechen, einem der Gutachter den Vorzug zu geben.

Tatbestand

1

Die Klägerin wurde am 20. Juli 1981 gegen 0.10 Uhr in der Klinik der Beklagten vaginal entbunden. Ihr Geburtsgewicht betrug 1.250 g, ihre Körperlänge 35,5 cm. Die 1,5 und 10 Minuten nach der Geburt erhobenen APGAR-Werte sind mit 8,9,9 Punkten dokumentiert. Es handelte sich um eine Frühgeburt in der 28. Schwangerschaftswoche.

2

Die Klägerin verblieb zunächst wegen ihrer Unreife bis zum 5. September 1981 in der Kinderabteilung der Klinik der Beklagten. Am 22. November 1981 wurde sie erneut zur stationären Behandlung aufgenommen, weil sich neurologische Auffälligkeiten zeigten. In der Folgezeit stellte sich eine schwere Hirnschädigung heraus (Marklagerschädigung mit Hydrozephalus). Deswegen hat die Klägerin die Beklagte auf Schadenersatz in Anspruch

3

genommen. Sie hat den behandelnden Ärzten im wesentlichen vorgeworfen, diese hätten eine in den letzten Stunden vor der Geburt bestehende Sauerstoffunterversorgung verkannt. Zwischen 22.00 und 23.00 Uhr hätte eine Kaiserschnittentbindung eingeleitet werden müssen. Ihre Hirnschädigung sei auf Sauerstoffunterversorgung zurückzuführen, die bei rechtzeitiger Sectio hätte vermieden werden können. Ferner sei ihre Mutter fehlsam nicht darüber aufgeklärt worden, daß bei Frühgeburten die Sectio als schonendere Entbindungsmöglichkeit in Betracht komme. Ihre Mutter hätte sich für eine Schnittentbindung entschieden. Schließlich sei sie nach der Geburt fehlerhaft versorgt worden.

- Sie hat beantragt, 4
- die Beklagte zu verurteilen, an sie zu Händen ihrer gesetzlichen Vertreter ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt werde, zu zahlen; 5
- die Beklagten zu verurteilen, an sie zu Händen ihrer gesetzlichen Vertreter eine angemessene Mehrbedarfsrente zu zahlen, abzüglich solcher Beträge, die von Sozialhilfeträgern gezahlt worden seien und noch gezahlt würden (Pflegegeld), 6
- festzustellen, daß die Beklagte verpflichtet sei, allen weiteren Schaden zu ersetzen, der ihr anlässlich der Geburt am 20. Juli 1981 entstanden sei und noch entstehen werde, soweit Ersatzansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen seien oder noch übergehen würden. 7
- Die Beklagte hat beantragt, 8
- die Klage abzuweisen. 9
- Sie ist den Vorwürfen entgegengetreten und hat jegliche Behandlungsfehler in Abrede gestellt. 10
- Das Landgericht hat nach Einholung von Gutachten der Sachverständigen Prof. M. und Prof. W. sowie Anhörung von Prof. W. die Klage abgewiesen, weil schadensursächliche Behandlungsfehler nicht nachgewiesen seien und die Entscheidung der Ärzte, der vaginalen Entbindung den Vorzug vor einem Kaiserschnitt zu geben, nicht zu beanstanden sei. 11
- Gegen dieses Urteil wendet sich die Klägerin mit ihrer Berufung, mit der sie ihr erstinstanzliches Klageziel in vollem Umfang weiterverfolgt. Sie rügt weiterhin, daß die Geburtseinleitung nicht sachgerecht gewesen sei. Sie meint, der vorgeburtlich aufgezeichneten cardiotokographischen Kurve (CTG) seien spätestens ab 21.50 Uhr mehrere späte Dezelerationen des Typs DIP II zu entnehmen gewesen. Das stehe nach den Gutachten von Dr. B. und Prof. M. fest. Danach habe eine Sauerstoffmangelsituation bestanden, die mittels einer sofortigen Schnittentbindung habe beendet werden müssen. Die anderlautenden Feststellungen von Prof. W. seien nicht nachvollziehbar. Jedenfalls müßten die Widersprüche durch Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens geklärt werden. Darüber hinaus habe auch das Auftreten von Dezelerationen des Typs DIP I und die fetale Tachycardie Anlaß für eine Schnittentbindung sein müssen. 12
- Sie beantragt, 13
- unter Abänderung des angefochtenen Urteils nach ihren erstinstanzlichen Schlußanträgen zu entscheiden. 14
- Die Beklagte beantragt, 15

die Berufung zurückzuweisen.	16
Sie tritt der Berufung entgegen und verteidigt das angefochtene Urteil.	17
Wegen aller Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils sowie die im Berufungsrechtszug gewechselten Schriftsätze verwiesen.	18
E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e	19
Die nach §§ 511, 511 a ZPO statthafte Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und begründet worden (§§ 516, 518, 519 ZPO) und damit zulässig. Sie ist sachlich jedoch nicht gerechtfertigt.	20
Die auf unerlaubte Handlung (§§ 823, 847 BGB) und schuldhafte Vertragsverletzung gestützte Klage hat keinen Erfolg. Der Klägerin ist weder der Nachweis eines schadensursächlichen Behandlungsfehlers gelungen noch steht fest, daß den behandelnden Ärzten im Zuge der Entbindung ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist, der geeignet war, die Hirnschädigung hervorzurufen.	21
Nach der erstinstanzlichen Klärung des Streitstoffs geht der Vorwurf der Klägerin zweitinstanzlich im Kern nur noch dahin, daß es fehlerhaft gewesen sei, die um 0.10 Uhr erfolgte vaginale Spontangeburt abzuwarten, statt in der Zeit zwischen 22.00 und 23.00 Uhr die sofortige Schnittentbindung einzuleiten. Dieser Vorwurf rechtfertigt indessen den Klageanspruch nicht, weil nicht bewiesen ist, daß im Falle einer im Sinne des Klägervortrags rechtzeitigen Schnittentbindung die Hirnschädigung vermieden worden wäre.	22
Prof. W. hat insoweit in Übereinstimmung mit Prof. M. dargelegt, daß die Entstehung des Hydrozephalus der Klägerin ungeklärt sei. Als Ursachen kämen eine perinatale Asphyxie (Sauerstoffmangelversorgung) oder eine peri- oder postpartale Hirnblutung in Betracht. Prof. M. hat noch Reifungsschäden oder genetische Faktoren genannt, wofür indessen keine greifbaren Anhaltspunkte bestehen. Da schon die Ursache ungeklärt ist, haben sich beide Gutachter außerstande gesehen, ein für die Klägerin günstiges Ergebnis für den Fall einer Schnittentbindung anzunehmen. Die dafür gegebene Begründung überzeugt. Bei vor der 33. Schwangerschaftswoche geborenen Kindern unter 1.500 g Geburtsgewicht liege die Häufigkeit von Hirnblutungen je nach Schweregrad selbst bei optimalem Geburtsmanagement zwischen 15 und 45 %. Es sei medizinisch nicht erwiesen, daß die Risiken im Falle einer Schnittentbindung geringer seien als bei vaginaler Geburt. Bei der Klägerin komme hinzu, daß bei den APGAR-Werten und dem klinischen Zustand der Klägerin (Spontanatmung, keine Zeichen einer Hypoxie) kein Anhalt für eine perinatale Asphyxie gegeben sei. Prof. W. hat darüber hinaus ausgeführt, daß sich auch nach dem CTG dafür keine Anzeichen fänden.	23
Nach dem von der Klägerin vorgelegten Privatgutachten des Gynäkologen Dr. B. ist die Ursächlichkeit ebenfalls nicht bewiesen. Auch dieser Gutachter hat es - freilich ohne eingehende Begründung - offengelassen, ob durch einen unverzüglichen Kaiserschnitt die Hirnschädigung vermieden worden wäre.	24
Nach allem könnte die Klage nur Erfolg haben, wenn sich das Unterlassen der Schnittentbindung als grober Behandlungsfehler darstellt, weil dann - möglicherweise - die Beweislast für die (mangelnde) Ursächlichkeit auf die Beklagte zu verlagern wäre. Ein grober Fehler kann im Streitfall aber nicht angenommen werden.	25

Der Bundesgerichtshof hat wiederholt (vgl. zuletzt Urteil vom 14. Juli 1992 - VI ZR 214/91 -) 26
den groben Fehler dahin definiert, daß ein Fehlverhalten vorliegen müsse, das aus objektiver
ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheine, weil es dem behandelnden Arzt
schlechterdings nicht unterlaufen dürfe. Davon kann hier keine Rede sein.

In der vom Beklagten zutreffend zitierten Entscheidung vom 28. März 1990 (vgl. VersR 1991, 27
669) hat es der erkennende Senat als grob fehlerhaft bezeichnet, wenn der Geburtshelfer auf
eine von Anbeginn pathologische fetale Herzfrequenzkurve nicht reagiert, obwohl die
Oszillationsamplitude silent ist, nach nahezu jeder Kontraktion Dezelerationen des
bedrohlichen späten Typs DIP II auftreten, der Kurvenanstieg abgeflacht ist und mehrfache
Weckversuche auf den Kurvenverlauf ohne Einfluß geblieben sind. Davon ist die vorliegende
Kurve weit entfernt. Nach den Ausführungen von Prof. W. zeigte das CTG in der hier
maßgebenden Zeit eine regelmäßige Wehentätigkeit. Es seien kurze schmale Dezelerationen
ersichtlich, die der Wehentätigkeit gut zugeordnet werden könnten. Dabei handele es sich
eindeutig um variable Dezelerationen, die sowohl vor der Wehe, mit der Wehenspitze als
auch nach der Wehe ihr Maximum gehabt hätten. Die Dezelerationen hätten jeweils maximal
eine halbe bis eine Minute gedauert und anschließend eine kompensatorische Akzeleration
gezeigt. Akute Asphyxiezeichen im Sinne einer späten Dezeleration (DIP II) seien nicht
vorhanden. Auch die Oszillationen des CTG hätten eine ausreichende Bandbreite im Sinne
eines undulatorisch bzw. eingengt undulatorischen Verlaufs aufgewiesen, so daß Hinweise
auf eine akute Asphyxie nicht vorgelegen hätten. In der mündlichen Verhandlung vom 12.
Dezember 1991 hat sich Prof. W. auf Befragen des Gerichts und der Parteien mit dem
Gutachten von Prof. M., der späte Dezelerationen festgestellt haben will,
auseinandergesetzt. Er hat ausgeführt, daß solche eindeutig nicht vorlägen. Man dürfe
nämlich einen Herztonabfall im CTG nicht als Einzelfaktor beurteilen, sondern müsse - wie
bei einem EKG auch - dies über einen längeren Zeitraum von 10 oder 20 Minuten beurteilen.
Im gegebenen CTG handele es sich nicht um späte Dezelerationen sondern um variable,
denn die Herztonabfälle träten nicht, wie bei späten Dezelerationen, immer unmittelbar nach
der Wehe auf, sondern variabel, weil sie mit der Wehenspitze zusammenfallend oder vor der
Wehe beginnend oder erst nach der Wehe aufgetreten seien. Dies sei das typische Zeichen
einer variablen Dezeleration, die eine völlig andere Bedeutung habe als eine späte
Dezeleration. Während späte Dezelerationen auf einen drohenden Sauerstoffmangel
hinweisen würden, seien die variablen Dezelerationen die häufigste Form der Herztonabfälle
überhaupt und würden auf eine Beeinflussung des Blutflusses in der Nabelschnur hinweisen.
Typisch seien die anschließenden sofortigen Erholungsphasen der Herztöne und damit eben
keine Zeichen des Sauerstoffmangels, obwohl auch bei variablen Dezelerationen nicht
ausgeschlossen sei, daß sich daraus späte Dezelerationen und ein möglicher
Sauerstoffmangel entwickeln könne.

Diese eingehende Auseinandersetzung mit dem CTG ist der Kurvendiskussion von Prof. M. 28
weit überlegen. M. hat ohne nähere Begründung angegeben, es seien Dezelerationen des
späten Typs feststellbar. Auch der Gutachter Dr. B. hat lediglich den jeweils isolierten
Herztonabfall beurteilt, nicht aber den Gesamtzusammenhang.

Danach fehlte der entscheidende Indikator für eine Schnittentbindung, nämlich die erkennbar 29
bedrohliche Sauerstoffmangelversorgung. Das Unterlassen der Schnittentbindung ist deshalb
nicht fehlerhaft, schon gar nicht grob fehlerhaft. Selbst wenn man der Interpretation von Prof.
W. nicht vorbehaltlos folgen würde und die Kurve als pathologisch ansähe, so erscheint doch
die Interpretation der behandelnden Ärzte im Streitfall zumindest vertretbar, so daß ein
unverständlicher Fehler, der dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf, nicht gegeben
ist.

Einer erneuten Begutachtung durch einen weiteren Sachverständigen oder einer nochmaligen Anhörung der erstinstanzlich tätigen Sachverständigen bedarf es nicht. Der Bundesgerichtshof hat mehrfach (vgl. MDR 1980, 662/663; VersR 1986, 467, 468) zu der Frage Stellung genommen, wie bei widerstreitenden Gutachten zu verfahren ist. Er hat ausgeführt, daß keine Pflicht zur Einholung eines weiteren (Ober)gutachtens bestehe, wenn gute Gründe dafür gegeben seien, einem der Gutachter den Vorzug zu geben und diese Gründe dargelegt seien. So ist es hier. Prof. W. hat sich mit den abweichenden Auffassungen kritisch auseinandergesetzt und sich zudem einer mündlichen Befragung gestellt. Seine Feststellungen und Schlußfolgerungen überzeugen.	30
Soweit die Klägerin schließlich die festgestellte fetale Tachycardie zum Anlaß nimmt, eine sofortige Schnittentbindung zu fordern, übersieht sie, daß es an dem weiteren entscheidenden Kriterium des eingeschränkten bis silenten Oszillationsmusters fehlte. Die Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamburg vom 18. Dezember 1987 (AHRS 2500/29) vermag deshalb ihre Auffassung nicht zu stützen. Dagegen ist die in AHRS 2500/28 abgedruckte Entscheidung des Oberlandesgerichts Karlsruhe eher zutreffend. Danach stellt die Wiederkehr eines normalen Oszillationsmusters im CTG ein sicheres Zeichen für eine noch ausreichende Reserve des Feten dar. Variable Dezelerationen mit prompten Erholungen in den Wehenpausen gäben keine Indikation zur sofortigen Sectio, wenn spätere Dezelerationen nicht zu beobachten seien. Das ist hier im wesentlichen der Fall gewesen.	31
Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO.	32
Wert der Beschwer für die Klägerin: über 60.000,-- DM.	33
Streitwert des Berufungsverfahrens: 2.600,-- DM.	34