
Datum: 22.11.1993
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 27. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 27 U 7/93
ECLI: ECLI:DE:OLGK:1993:1122.27U7.93.00

Vorinstanz: Landgericht Bonn, 17 O 211/91

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 7. Dezember 1992 verkündete Urteil der 17. Zivilkammer des Landgerichts Bonn - 17 O 211/91 - wird zurückgewiesen. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Klägerin wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung der Beklagten gegen Sicherheitsleistung von je 12.000,-- DM abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in derselben Höhe leisten. Den Beklagten wird gestattet, die Sicherheit auch durch die Bürgschaft einer deutschen Großbank, öffentlichen Sparkasse oder Volksbank zu leisten.

Tatbestand:

Die Klägerin ist das zweite Kind ihrer Eltern. Die Mutter der Klägerin wurde im Jahre 1983 von ihrer ersten Tochter durch Kaiserschnitt entbunden. Die Klägerin leidet aufgrund einer während ihrer Ge-burt am 2. Februar 1989 aufgetretenen ungenügenden Sauerstoffversorgung an einer Hirnschädigung. Sie macht hierfür die Beklagten als in der Endphase der Geburt anwesende Ärzte verantwortlich und ver-langt von ihnen Ersatz ihres materiellen und ima-teriellen Schadens.

1
2
3
4
5

Die Schwangerschaft der Mutter der Klägerin verlief zunächst problemlos. Anlässlich einer von der sie betreuenden Frauenärztin veranlaßten Ul-traschalluntersuchung wurde am 31. Januar 1989 ein fetaler Wachstumsstillstand festgestellt. Dar-aufhin wurde die Mutter der Klägerin am 1. Febru-ar 1989 in die Universitätsfrauenklinik Bonn sta-tionär aufgenommen. Ein noch am selben Tage durch-geführter Oxytocin-Test wies keinen pathologischen Befund auf. Für den 2. Februar 1989 war die vagi-nale Geburt der Klägerin vorgesehen. Dazu wurde ihre Mutter am Morgen des 2. Februar 1989 ein we-henförderndes Mittel (Minprostin-Vaginaltablette) verabreicht. Nachdem sie am frühen Nachmittag in den Kreissaal verlegt worden war, wurden die feta-le Herzfrequenz und die Wehentätigkeit durch CTG überwacht. Ab 14.00 Uhr war der Kreissaal mit der Hebamme H. und der Hebammenschülerin Frau Sch. be-setzt, die sich im dritten Ausbildungsjahr befand. Um 16.30 Uhr traten der Beklagte zu 1) als Kreis-saaloberarzt und der Beklagte zu 2) als Kreis-saalarzt ihren Dienst an. Sie hatten nach Angaben des Beklagten zu 2) außer der Mutter der Klägerin sechs weitere Patientinnen zu betreuen. Gegen 17.45 Uhr klagte die Mutter der Klägerin über starke Unterleibsschmerzen, worauf die Zeugin H. eine vaginale Untersuchung vornahm. Ab 17.52 Uhr wurden die Herztöne des Fetus auf dem CTG nicht mehr aufgezeichnet. Frau Sch., die sich zu diesem Zeitpunkt bei der Mutter der Klägerin befand, ver-suchte erfolglos, dieser ein wehenhemmendes Mittel zu geben. Auch hatten ihre Versuche, einen der Be-klagten zu erreichen, zunächst keinen Erfolg. Erst gegen 18.00 Uhr informierte sie den Beklagten zu 1). Dieser leitete nach einer Notfalltokolyse we-gen Verdachts einer Uterusruptur sowie kindlicher Asphyxie die Notsectio ein. Bei Öffnen der Leibes-höhle zeigte sich, daß die alte Sectionsnarbe im unteren Uterinsegment aufgerissen und die Klägerin unter die Blase bzw. das viszerale Peritoneum gerutscht war. Die Klägerin war atemdeprimiert und azidotisch. Sie ist seitdem schwer behindert.

6

Die Klägerin hat behauptet, ihre Mutter habe be-reits gegen 16.00 Uhr starke Schmerzen gehabt. Die Sectio sei zu diesem Zeitpunkt bereits zwingend indiziert gewesen. Bei einer zu dieser Zeit vor-genommenen Sectio wäre die Schädigung nicht einge-treten. Die Zuteilung einer Hebammenschülerin zur Geburtsüberwachung sei unzulänglich gewesen. Diese habe die Notfalltokolyse nicht durchführen können und sei dann kopflos umhergeirrt, um einen der Be-klagten zu suchen. Es sei fehlerhaft gewesen, noch vor der Kaiserschnittentbindung eine Notfalltoko-lyse durchzuführen. Die hierbei verstrichene Zeit hätte ausgereicht, den Schaden zu verhindern. Ihre Mutter sei über das Risiko einer Uterusruptur bei einer vaginalen Geburt nicht aufgeklärt worden. Dadurch sei ihr die Möglichkeit genommen worden, sich für eine Kaiserschnittgeburt zu entscheiden, welche die Schädigung vermieden hätte.

7

8

Außer der Zahlung von Schmerzensgeld verlangt die Klägerin Ersatz von Aufwendungen in Höhe von 4.190,14 DM.

9

10

Sie hat beantragt,

11

12

13

14

1.

	15
	16
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie 4.190,14 DM nebst 4 % Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen;	17
	18
	19
2.	20
	21
	22
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, welches jedoch den Betrag von 100.000,-- DM nicht unterschreitet;	23
	24
	25
3.	26
	27
	28
die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an sie eine monatliche Rente in Höhe von 800,-- DM zu zahlen, beginnend ab dem Ersten des Monats, der auf die Klagezustellung folgt;	29
	30
	31
4.	32
	33
	34
festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihr sämtliche Schäden - materiell und immateriell - zu ersetzen, die ihr zukünftig infolge der fehlerhaften ärztlichen Behandlung durch die Beklagten am 2. Februar 1989 entstehen werden.	35
	36
Die Beklagten haben beantragt,	37
	38
	39

die Klage abzuweisen.	40
	41
Der Beklagte zu 1) hat behauptet, er habe sich bei Eintritt des Herzfrequenzabfalls um 17.52 Uhr innerhalb des Kreissaales, der aus mehreren Räumen bestehe, aufgehalten und sei ohne weiteres erreichbar gewesen. Daß Frau Sch. ihn nicht herbeigerufen habe, könne ihm nicht angelastet werden. Die Notfalltokolyse sei sachgerecht gewesen, sie habe im übrigen zu keiner Verzögerung geführt. Für die behauptete mangelnde Aufklärung sei er nicht verantwortlich, da er weder die Aufnahmeuntersuchung vorgenommen noch das Aufklärungsgespräch geführt habe.	42
	43
Der Beklagte zu 2) hat behauptet, die Mutter der Klägerin habe während ihres Aufenthaltes im Kreissaal unter ständiger Betreuung und Überwachung gestanden. Er selbst habe sich ab Dienstantritt ständig im Kreissaal aufgehalten. Hebamme und Hebammenschülerin seien unterrichtet gewesen, bei jedem gefahrdrohenden oder regelwidrigen Zustand unverzüglich einen Arzt hinzuzuziehen. Zum Zeitpunkt des Herzfrequenzabfalls habe er sich zusammen mit dem Beklagten zu 1) und der Hebamme H. im Aufnahmeraum aufgehalten, der sich nur 10 m von dem Kreiszimmer entfernt befinde, in dem die Mutter der Klägerin gelegen habe. Es sei nicht nachvollziehbar, warum Frau Sch. sie nicht sofort informiert habe. Er hat die Auffassung vertreten, eine Aufklärungspflicht habe nicht bestanden, da sich im Fall einer Patientin mit vorausgegangener Kaiserschnittentbindung die Alternative zwischen einer Kaiserschnittentbindung und vaginaler Entbindung grundsätzlich nicht stelle.	44
	45
Das Landgericht hat nach Vernehmung der Zeuginnen H. und Sch. - sachverständig beraten - die Klage abgewiesen.	46
	47
Gegen das ihr am 15. Dezember 1992 zugestellte Urteil, auf das im übrigen Bezug genommen wird, hat die Klägerin am 15. Januar 1993 Berufung eingelegt, die sie nach Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist bis zum 15. April 1993 an diesem Tag begründet hat.	48
	49
Mit der Berufung verfolgt die Klägerin ihr erstinstanzliches Klageziel weiter.	50
	51
Sie behauptet, ein Behandlungsfehler sei bereits darin zu sehen, daß nach Aufnahme ihrer Mutter und der vom Beklagten zu 2) erhobenen Anamnese am 1. Februar 1989 die Geburtseinleitung für den 2. Februar 1989 veranlaßt worden sei. Die schnelle Einleitung der Geburt sei nicht indiziert gewesen. Der am 1. Februar 1989 durchgeführte Orastin-Belastungstest sei ohne Befund geblieben. Wegen der besonderen Gefahr einer Uterusruptur bei vorausgegangenem Kaiserschnitt sei die Gabe von Minprostin-Vaginaltabletten zur	52

künstlichen Geburtseinleitung kontraindiziert und stelle einen Behandlungsfehler dar. Die vorzeitige Einleitung der Geburt und die Gabe von Minprostin seien für die schließlich eingetretene Uterusruptur ursächlich gewesen.

53

Ein schwerer Behandlungsfehler der Beklagten liege darin, daß nach Eintreten des Herzfrequenzabfalls um 17.52 Uhr nicht sogleich die Indikation zur sofortigen Kaiserschnittentbindung gestellt, sondern zuvor noch eine Notfalltokolyse durchgeführt worden sei. Die Tokolyse habe bei einer Uterusruptur oder vorzeitigen Placentalösung keinen Erfolg. In diesem Fall komme nur die sofortige operative Beendigung der Geburt durch Kaiserschnitt in Betracht. Die hyperaktive Wehentätigkeit bis 17.52 Uhr und deren schlagartiger Abfall seien sichere Indizien für eine Uterusruptur gewesen. Der Entschluß zur Sectio hätte spätestens nach Eintreffen der Beklagten zu 1) und 2) gegen 18.00 Uhr gefaßt und bereits parallel dazu hätte die Operation vorbereitet werden müssen. Aufgrund der gegebenen Notsituation hätten von der Entscheidung zur Sectio bis zur Schnittentbindung maximal 10-15 Minuten vergehen dürfen. Zu berücksichtigen sei in diesem Zusammenhang, daß aufgrund der bei der Mutter der Klägerin bestehenden Risikofaktoren der Eintritt einer Notlage zu befürchten gewesen und deshalb eine Sectiobereitschaft bereits hergestellt sein müssen. Der Sachverständige sei zu Unrecht davon ausgegangen, daß sie um 18.22 Uhr geboren worden sei. Ausweislich des Anästhesie-Protokolls sei sie nicht um 18.22 Uhr, sondern um 18.35 Uhr geboren worden. Die Narkose sei um 18.25 Uhr eingeleitet worden. Die Angaben im Anästhesie-Protokoll hätten in aller Regel die Vermutung der Richtigkeit für sich, da diese Angaben zeitlich vor den übrigen Angaben erfolgten. Gehe man von einer Geburt um 18.35 Uhr aus, so sei die zulässige E-E-Zeit, die bei einer Klinik der Maximalversorgung wie der Universität Bonn 10-15 Minuten betragen dürfe, um nahezu 20 Minuten überschritten worden.

54

55

Die Beklagten hätten in einer Situation, in der ärztliche Bewachung notwendig gewesen sei, eine völlig überforderte Hebammenschülerin mit einer gefährdeten Patientin alleingelassen. Die Beklagten hätten die Mutter der Klägerin unbedingt sorgfältig beobachten lassen müssen.

56

57

Den Beklagten sei auch eine Verletzung der Aufklärungspflicht vorzuwerfen. Die Mutter der Klägerin sei über eine sogenannte Wehenmittelruptur, die durch die unphysiologische Wirkung von Wehenmitteln zustandekommen, nicht aufgeklärt worden. Diese Aufklärung sei aber erforderlich gewesen, weil eine Indikation zur Geburtseinleitung nicht gegeben gewesen und gerade die Gefahr einer Uterusruptur gestiegen sei.

58

59

Die Klägerin beantragt,

60

61

62

unter Abänderung des angefochtenen Urteils nach ihren erstinstanzlichen Schlußanträgen zu entscheiden.

63

	64
Die Beklagten beantragen,	65
	66
	67
die Berufung zurückzuweisen,	68
	69
	70
ihnen zu gestatten, Sicherheit auch durch die Bürgschaft einer deutschen Großbank, öffentlich-rechtlichen Sparkasse oder Volksbank leisten zu dürfen.	71
	72
Sie treten der Berufung entgegen. Der Beklagte zu 1) meint, er brauche für einen etwaigen Behandlungsfehler am 1. Februar 1989 schon deshalb nicht einzustehen, weil er weder die Anamnese erhoben noch die Entscheidung zur Geburtseinleitung getroffen habe. Im übrigen sei die Entscheidung zur Einleitung der Geburt richtig gewesen, weil im Hinblick auf den festgestellten Wachstumsstillstand des Fötus die Gefahr einer Unterversorgung bestanden habe. Die Gabe von Minprostin sei nicht kontraindiziert gewesen. Gerade bei Zustand nach Sectio könne durch eine lokale Prostaglandingabe der zervikale Widerstand herabgesetzt und das Ri-siko der Uterusruptur vermindert werden.	73
	74
Die Notfalltokolyse sei nicht fehlerhaft gewesen. Bei einem Herztonabfall sei die Tokolyse die richtige Behandlungsmethode. Während er die vorbereitete Tokolyse der Mutter der Klägerin verabreicht habe, habe er gleichzeitig die festgestellten Symptome auf ihre Bedeutung, Tendenz, Persistenz oder Progredienz überprüft. Während die Tokolyse langsam gespritzt worden sei, habe er den Bauch der Mutter der Klägerin abgetastet. Außerdem habe er mit dem Schallkopf des CTG-Gerätes versucht, Herz-töne des Kindes einzufangen. Das alles habe der Orientierung gedient, ob eine Notsectio erforderlich gewesen sei oder nicht. Ein Zeitverlust sei mit der gleichzeitigen Tokolyse nicht verbunden gewesen. Besondere Risikofaktoren hätten bei der Mutter der Klägerin nicht bestanden, so daß die Forderung nach einer Sectiobereitschaft unbegründet sei. Das nur im Promille-Bereich liegende Ri-siko einer Uterusruptur reiche hierfür nicht aus.	75
	76
Entgegen der Behauptung der Klägerin sei sie um 18.22 Uhr geboren worden. Bei den Angaben im Anästhesie-Protokoll handle es sich um ca.-Angaben. Aus den in der Aufzeichnung des Laboratoriums angegebenen Uhrzeiten ergebe sich, daß die Blutanalyse um 18.30 Uhr begonnen und um 18.35 Uhr abgeschlossen gewesen sei. Danach sei ausgeschlossen, daß die Geburt erst um 18.35 Uhr stattgefunden habe.	77
	78
	79

Der Beklagte zu 2) beruft sich auf die Einrede der Verjährung mit der Begründung, die Klägerin trage erstmals in der Berufung einen neuen Sachvortrag vor.	80
Die Indikation zur Geburtseinleitung habe Prof. Dr. S. getroffen. Diese Anordnung sei medizinisch geboten und sachgerecht gewesen. Die Notfalltokolyse, die er , Beklagte zu 2), selbst nicht angeordnet habe, sei richtig gewesen. Die Behauptung der Klägerin, es sei ab 17.52 Uhr keine Wehentätigkeit mehr aufgezeichnet worden, werde durch das Gutachten und die CTG-Aufzeichnung widerlegt. Im übrigen könne dies aber auch darauf beruhen, daß der Druckabnehmer verschoben worden sei oder den Kontakt verloren habe.	81
	82
Den Vorwurf der mangelnden Aufklärung weist er mit der Begründung zurück, daß die Minprostin-Vaginal-tablette ohne seine Beteiligung bereits am Vormit-tag des 2. Februar 1989 der Mutter der Klägerin verabreicht worden sei.	83
	84
Wegen aller übrigen Einzelheiten wird auf den vorgetragenen Inhalt der gewechselten Schrift-sätze nebst Anlagen, die Krankenunterlagen, die Sitzungsniederschriften und die Ermittlungsakten 90 Js 120/89 StA Bonn Bezug genommen.	85
	86
E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :	87
	88
Die zulässige Berufung ist unbegründet.	89
	90
Das Landgericht hat die Klage mit Recht abge-wiesen.	91
	92
1)	93
	94
Die Beklagten haften der Klägerin nicht aus uner-laubter Handlung, da ihnen weder ein Behandlungs-fehler noch ein Aufklärungsversäumnis anzulasten ist.	95
	96
Der Vorwurf, es habe keine Indikation zur Geburts-einleitung am 2. Februar 1989 bestanden, die Ga-be von Minprostin-Vaginaltabletten sei bei einem vorausgegangenen Kaiserschnitt wegen der Gefahr der Uterusruptur kontraindiziert, trifft die Beklagten schon aus Gründen der Arbeitsteilung nicht. Wie sich aus Bl. 4 des Aufnahmebogens und der schriftlichen Aussage des Zeugen Prof. Dr. S. (Bl. 170 d. A.) ergibt, hatte dieser als Kreis-saaloberarzt bereits tags zuvor die Indikation zur Geburtseinleitung gestellt. Die Tablette wurde am 2. Februar 1989 um 10.15 Uhr gelegt, woran beide Beklagten nicht beteiligt waren.	97

Sie haben beide ihren Dienst erst ab 16.30 Uhr angetreten. Da Prof. Dr. S. als Oberarzt am Tag zuvor die Einleitung der Geburt für den 2. Februar 1989 für indiziert hielt, war der Beklagte zu 2) als Stationsarzt von der eigenverantwortlichen Überprüfung der Indikation zur Operation am 2. Februar 1989 entlastet, zumal bei seinem Dienstantritt die Geburt längst eingeleitet worden war. Der Beklagte zu 1) wurde erst nach Eintritt der Notfallsituation gegen 18.30 Uhr hinzugerufen und konnte daher nur auf diese reagieren, nicht aber den Entschluß zur Geburtseinleitung rückgängig machen. Im übrigen hat der Sachverständige Prof. Dr. B. die Indikation zur Geburtseinleitung durch Zervixpriming mittels Prostaglandin-Applikation wegen des festgestellten Wachstumsstillstandes nicht beanstandet (Bl. 77, 90 Ermittlungsakten). Zwar handelte es sich hierbei nur um die Wiedergabe des Geschehens durch den Sachverständigen, nicht um eine als solche erkennbare Stellungnahme. Es kann aber als sicher davon ausgegangen werden, daß der Sachverständige das Vorgehen beanstandet hätte, wenn die Geburtseinleitung mittels Minprostin-Vaginaltabletten kontraindiziert gewesen wäre. Zwar wird in der sogenannten "Roten Liste" für 1993 bei Minprostin-Vaginaltabletten unter Gegenanzeigen ein vorausgegangener Kaiserschnitt aufgeführt. Daß auch schon im Jahre 1989 die "Rote Liste" einen vorausgegangenen Kaiserschnitt unter den Gegenanzeigen aufführt, was der Beklagte zu 2) in Abrede stellt, behauptet die Klägerin nicht.

98

2)

99

100

Die Behauptung der Klägerin, die Tokolyse sei kontraindiziert gewesen, der Beklagte zu 1) habe dies auch erkennen können, wird durch das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. B. nicht bestätigt. Der Sachverständige hat in seinem Hauptgutachten ausgeführt, die intrapartale Tokolyse als Notfallmaßnahme zur Durchbrechung oder wenigstens zur Milderung der Progredienz der intrapartalen Asphyxie sei bei akuten intrapartalen Hypoxiesituationen grundsätzlich indiziert (Bl. 88, 89 Ermittlungsakten). In 90 % aller akuten intrapartalen fetalen Notsituationen könne durch sofortige Tokolyse in Kombination mit mütterlicher Lageveränderung eine Notoperation vermieden werden. Mißerfolge träten vor allem bei akuter oder chronischer placentarer Dysfunktion oder infolge Uterusruptur und vorzeitiger Plazentalösung auf. In dieser Situation komme nur die sofortige operative Beendigung der Geburt durch Kaiserschnitt in Betracht. Die nach 17.52 Uhr auftretende fetale Brachykardie sei zunächst als Folge der Tachysystolie (zu häufige Wehen) aufgefaßt und sollte folgerichtig mittels Notfalltokolyse ab 18.04 Uhr beeinflusst werden. Die Berechtigung zur Tokolyse sei aus der geburts-hilffichen Situation am 2. Februar 1989 gesehen worden, weil einerseits die Diagnose der Uterus-ruptur um 17.52 Uhr infolge Symptomarmut nicht habe gestellt werden können, andererseits die schwere fetale Brachykardie, die auf eine Tachysystolie zurückgeführt worden sei, durch Wehenhemmung habe behandelt werden sollen, um die Chancen für das Kind zu verbessern. Das somit prospektive geburts-hilffiche Handeln habe den Regeln entsprochen. Der damit allerdings verbundene diagnostische Irrtum sei nicht auszuschließen gewesen.

102

Zu Unrecht rügt die Klägerin, der Sachverständige habe bei dieser Beurteilung übersehen, daß parallel zu dem Herztonabfall nach Eintritt der Ruptur gegen 17.52 Uhr auch die Wehentätigkeit schlagartig nachgelassen habe. Da eine Notfalltokolyse bezwecken soll, die Wehen zu hemmen, um dem Kind den Wehendruck zu ersparen, sei die Tokolyse

103

kontraindiziert gewesen.

104

Es ergibt sich indessen nichts dafür, daß dem Sachverständigen der Abfall der Wehentätigkeit ab 17.52 Uhr, wie aus dem CTG ersichtlich, entgangen ist. Aus der Tatsache, daß der Sachverständige mehrfach darauf verweist (Bl. 70, 91 Ermittlungsakten), daß die Wehentätigkeit bis 18.06 Uhr registriert ist, folgt vielmehr, daß er sich mit der Aufzeichnung der Wehentätigkeit befaßt hat.

106

Zu der Auffassung der Klägerin, wegen des Wehenabfalls hätte von einer Tokolyse Abstand genommen werden und sofort die Sectio eingeleitet werden müssen, weisen die Beklagten mit Recht darauf hin, daß zunächst lediglich der Verdacht einer Uterusruptur bestand, daß die Registrierung des Abfalls der Wehen indes noch andere Gründe haben konnte. Denn die Aufzeichnung erfolgte über einen Druckabnehmer, der sich durch Bewegung der Patientin verschieben oder den Kontakt verlieren kann. Das ist dem mit Arzthaftungssachen befaßten Senat aus anderen Verfahren bekannt und wird von der Klägerin auch nicht bestritten. Der Beklagte zu 2) handelte danach sachgerecht, wenn er auf den Verdacht einer Uterusruptur nicht sofort die Notsectio anordnete, sondern zunächst die Tokolyse setzte und die Mutter der Klägerin untersuchte, um sich ein Bild von der Situation zu machen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Tokolyse und die Untersuchung der Mutter der Klägerin nur sehr wenig Zeit beanspruchte und auch von daher nicht unvertretbar war. Nach Behauptung des Beklagten zu 2) ist er um 18.02 Uhr im Kreissaal erschienen. Das stimmt mit den Angaben der Zeugin Sch. überein, wonach vom Abbrechen der Herztöne um 17.52 Uhr bis zum Eintreffen der Beklagten 8-12 Minuten vergangen waren. Auch nach dem Vortrag der Klägerin erschienen die Beklagten gegen 18.00 Uhr. Nach dem Vermerk auf dem CTG wurde die Tokolyse etwa um 18.04 Uhr vorgenommen und um 18.07 Uhr die Mutter der Klägerin in den Operationssaal verlegt.

108

Die Behauptung der Klägerin, die sofortige Sectio sei indiziert gewesen, weil die hyperaktive Wehentätigkeit bis 17.52 Uhr eines der sicheren Anzeichen einer drohenden Uterusruptur und der schlagartige Abfall der Wehen den Eintritt der Ruptur kennzeichne, wird durch das Gutachten nicht bestätigt. In seiner Anhörung weist der Sachverständige darauf hin, daß in der CTG-Aufzeichnung ein Wehensturm, der einer solchen Ruptur vorausgehe, nicht erkennbar sei. Mit Ausnahme der Schlußphase handle es sich um eine normale Wehentätigkeit (Bl. 202 d. A.). Der Sachverständige hält daher die Tokolyse für berechtigt, weil die Diagnose der Uterusruptur infolge Symptomarmut nicht hergestellt werden können, andererseits die schwere fetale Bradykardie, die auf eine Tachysystolie zurückgeführt worden sei, durch Wehenhemmung habe behandelt werden sollen.

110

3)

111

112

113

Die Behauptung der Klägerin, sie sei erst um 18.35 Uhr geboren worden, die Zeit von dem Entschluß zur Sectio bis zur Entbindung (E-E-Zeit) sei zu lange gewesen, ist nicht bewiesen. Die Klägerin stützt sich für ihre Behauptung auf das Anästhesie-Protokoll. Dort ist als Beginn der Intubationsnarkose ca. 18.25 Uhr und als Geburt ca. 18.35 Uhr angegeben. Auf dem CTG ist dagegen vermerkt: "Sectio: 18.22 Uhr Geburt". Ebenso ist im Aufnahmebogen der Entbindungszeitpunkt mit 18.22 Uhr vermerkt. Die Zeitangabe ist allerdings nachträglich berichtigt worden. Wie sie ursprünglich lautete, ist nicht sicher festzustellen. Ebenso ist im Operationsbericht die Geburt mit 18.22 Uhr angegeben. Im Entbindungsbogen (Bl. 14, 15 der Krankenunterlagen) ist als Entbindungszeitpunkt 18.20 Uhr eingetragen. Diesen Zeitangaben kommt den lediglich "ca."-Angaben auf dem Anästhesie-Protokoll deshalb ein höherer Beweiswert zu, weil es zu den Aufgaben der Hebamme gehört, den Zeitpunkt der Geburt festzustellen und zu vermerken. Unstreitig geht die Zeitangabe im Operationsbericht auf die Angabe der Zeugin H. zurück. Für den Anästhesisten ging es dagegen an erster Stelle um die Mithilfe bei der Beherrschung einer Notsituation, nicht aber darum, den genauen Zeitpunkt der Intubationsnarkose einzutragen.

114

4)

115

116

Zu der Frage der Überwachung der Mutter der Klägerin wegen der vorangegangenen Kaiserschnittgeburt und der Prostaglandingabe hat der Sachverständige bei seiner Anhörung eindeutig Stellung genommen (Bl. 201 d. A.). Danach durften die Beklagten die Überwachung der Hebamme überlassen.

117

118

Den Beklagten ist schon objektiv kein Vorwurf zu machen, daß sie nach der Information durch die Hebamme H. nicht sofort zur Mutter der Klägerin geeilt sind. Meist geht, wie der Sachverständige ausführt, einer Uterusruptur ein Wehensturm voraus. Das CTG zeigt keinen solchen Wehensturm. Mit Ausnahme der Schlußphase handelt es sich um eine normale Wehentätigkeit. In subjektiver Hinsicht fehlt es daran, daß die Zeugin H. die Situation der Beklagten gegenüber nicht als dringlich dargestellt hat (Bl. 194 d. A.), so daß diese keine Veranlassung hatten, die Mutter der Klägerin umgehend aufzusuchen.

119

120

5)

121

122

Der Vorwurf der Verletzung der Aufklärungspflicht geht fehl, da Prof. Dr. S. die Aufklärung der Mutter der Klägerin übernommen hatte und die Beklagten die Behandlung der Mutter der Klägerin erst übernahmen, als die Entscheidung zur vaginalen Geburt längst gefallen und diese bereits eingeleitet war. Nach den Grundsätzen über die Arbeitsteilung brauchten die Beklagten die Aufklärung der Mutter der Klägerin nicht eigenverantwortlich zu überprüfen, zumal der Beklagte zu 1) erst hinzugerufen wurde, als sich eine Aufklärung über die Alternative der vaginalen Geburt und der Geburt durch Kaiserschnitt bereits erledigt hatte.

123

124

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf § 97, 708 Nr. 10, 711 ZPO.	125
	126
Beschwer der Klägerin: über 60.000,-- DM.	127
