
Datum: 27.11.1996
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 39/94
ECLI: ECLI:DE:OLGK:1996:1127.5U39.94.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 107/87

Tenor:

Die Berufung der Beklagten und der Streithelfer zu 1) und 5) gegen das am 24. November 1992 verkündete Teil- und Grund-Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln- 25 O 107/87- wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Streithelfer; diese sind von den Streithelfern jeweils selbst zu tragen. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Beklagte kann die Vollstreckung durch die Klägerin gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 31.000,- DM abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung in dieser Höhe Sicherheit leistet. Der Beklagten bleibt nachgelassen, Sicherheit auch durch die selbstschuldnerische Bürgschaft einer deutschen Großbank oder öffentlichen Sparkasse zu erbringen.

Tatbestand:

Mit der Klage nimmt die Klägerin die Beklagte mit dem Vorwurf von Behandlungsfehlern im Zusammenhang mit ihrer Geburt am 19. April 1981 in der Frauenklinik der Beklagten, deren Leiter der Streithelfer zu 1) war, auf Schadensersatz in Anspruch.

Die am 12. Juni 1946 geborene Mutter der Klägerin wurde am 12. April 1981 wegen vorzeitiger Wehen auf der geburtshilflichen Station der Frauenklinik der Beklagten ohne Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen stationär aufgenommen, nachdem die von dem behandelnden Arzt am Wohnort der Mutter verabreichte orale tokolytische Behandlung keinen Erfolg gezeigt hatte. Auf der Basis der letzten Monatsblutung im Oktober 1980 war für die Klägerin als Geburtstermin der 16. Juli 1981 errechnet. 1977 war bei der Mutter der

1

2

3

Klägerin in der Frauenklinik der Beklagten eine sog. Konisation (Entnahme eines konusförmigen Gewebestückes aus dem Scheidenteil des Gebärmutterhalses) zwecks histologischer Abklärung eines Cervixkarzinom- Verdachts vorgenommen worden, was ein erhöhtes Fehl- und Frühgeburtsrisiko für nachfolgende Schwangerschaften begründete. Die Schwangerschaft der Mutter der Klägerin war am 14. Januar 1981 bei einer ambulanten Untersuchung in der Frauenklinik der Beklagten festgestellt worden. Bei den Wiedervorstellungen am 4. Februar 1981 und 24. Februar 1981 hatte sich ein normgerechter Befund ohne Auffälligkeiten gezeigt. Die weitere Schwangerschaftsvorsorge fand bei Gynäkologen am Wohnort statt.

Am 12. April 1981 befand sich die Schwangerschaft rechnerisch am 2. Tag der 27. Woche. Mit Rücksicht auf den Aufnahmebefund, der im Cardiotokogramm (nachfolgend: CTG) eine unregelmäßige Wehentätigkeit in Abständen von 3 bis 6 Minuten und bei der vaginalen Untersuchung u.a. ergeben hatte, daß der Muttermund "für Fingerkuppe einlegbar" war, wurde eine intravenöse Tokolyse mittels Dauertropfinfusion aufgenommen, die von zunächst 30ml/h wegen anhaltender Wehentätigkeit in den Folgetagen auf 50ml/h gesteigert wurde. Die bei einer am 16. April 1981 von dem Streithelfer zu 2) - der als Oberarzt in der Frauenklinik der Beklagten tätig war- durchgeführten Ultraschalluntersuchung ermittelten Maße des Kindes - BPD 6,5 cm, THU 18,5 cm, BU 20,2 cm- entsprachen der 25. bis 26. Schwangerschaftswoche und wurden im Sinne einer Wachstumsretardierung um ca. 2 Wochen interpretiert. In der Nacht vom 17. April 1981 auf den 18. April 1981 war die Mutter der Klägerin wegen verstärkter Wehen trotz fortlaufender Tokolyse zur Beobachtung im Kreißaal. Am 18. April 1981 - Karsamstag- wurde sie nach vorzeitigem Blasensprung um 23.30 Uhr erneut in den Kreißaal verlegt, wo die Streithelferin zu 6) als Hebamme Nachtdienst hatte. Als diensttuende Ärztin war in dieser Nacht für diesen Kreißaal die Streithelferin zu 4) eingeteilt. Sie befand sich im dritten Jahr ihrer Facharztausbildung in der Frauenklinik und war seit ca. sechzehn Monaten in der Geburtshilfe tätig. Bei dem Kreißaal der Frauenklinik handelt es sich um eine Funktionseinheit, die unter anderem aus dem Operations- bzw. Entbindungsraum sowie sog. Wehenzimmern besteht, in welche Patientinnen verlegt zu werden pflegen, bei denen mit Rücksicht auf ihre Wehen eine Beobachtung erforderlich ist. In einen solchen Raum wurde die Mutter der Klägerin gebracht. Bereits bei ihrer Untersuchung auf der Station um 23.15 Uhr war der Abgang von reichlich klarem Fruchtwasser dokumentiert worden, der sich nach den um 23.30 Uhr von der Streithelferin zu 6) getroffenen Feststellungen fortsetzte. Bezüglich der von ihr bei der Aufnahme im Kreißaal vorgenommenen vaginalen Untersuchung notierte die Streithelferin zu 6) ferner: "MM (Muttermund) 3 cm, dünnsaumig. V.T. (vorangehender Teil) fest i. B.E." (Beckeneingang). An weiteren Untersuchungsbefunden für diese Nacht findet sich in dem Krankenblatt eine für 5.00 Uhr am Morgen des 19. April 1981 von der Streithelferin zu 6) dokumentierte Untersuchung, nach der die Patientin angegeben haben soll, stärkere Wehentätigkeit zu haben. Mit Rücksicht hierauf wurde der Mutter der Klägerin Dolantin spezial injiziert, wobei die Dosierung zwischen den Parteien streitig ist. Die vaginale Untersuchung durch die Streithelferin zu 6) ergab zu diesem Zeitpunkt eine Weite des "dünnsaumigen" Muttermundes von 4- 5 cm, der vorangehende Teil wurde als "fest i. BE." notiert. Für 6.50 Uhr ist in dem Krankenblatt mit der Handschrift der Streithelferin zu 6) eine Blutdruck-, Puls und Temperaturmessung und die Anlegung eines CTG dokumentiert. Zuletzt war ein CTG am 18. April 1981 um 6.30 Uhr ebenfalls von der Streithelferin zu 6) bei dem erstmaligen Aufenthalt der Mutter der Klägerin im Kreißaal abgeleitet worden. Ferner trug die Streithelferin zu 6) bezüglich der Untersuchung um 6.50 Uhr "H.T. (Herztöne) +" ein. Ob um 7.30 Uhr eine weitere vaginale Untersuchung stattgefunden hat, bei der die Muttermundsweite 5 - 6 cm betrug und der Kopf des Kindes fest im Beckeneingang war- wie es in der von dem Streithelfer zu 1) in der mündlichen Verhandlung vom 4. Dezember 1995

zu den Gerichtsakten gereichten Originalakte dokumentiert ist- ist streitig. In den bis zu der am 4. Dezember 1995 durchgeführten Beweisaufnahme als alleiniger Beleg des Behandlungsgeschehens bei den Gerichtsakten befindlichen Fotokopien ist eine um 7.30 Uhr erfolgte Untersuchung nicht dokumentiert.

Um 7.33 Uhr wurde die CTG- Aufzeichnung beendet, wie sich aus dem CTG- Originalstreifen ergibt. Wer das CTG abschaltete, ist ungeklärt. Um 7.00 Uhr findet üblicherweise der Schichtwechsel zwischen den Hebammen statt. Zum Tagesdienst war am 19. April 1981 die Streithelferin zu 5) eingeteilt. Bei der von ihr für 8.00 Uhr dokumentierten Untersuchung war der Muttermund vollständig. Um 8.14 Uhr wurde die Klägerin spontan aus der II. vorderen Hinterhauptslage geboren. Sie maß bei ihrer Geburt 38 cm, als Geburtsgewicht wurden in allen Behandlungsunterlagen 1.114 g, als Apgarwerte- die sich üblicherweise auf die Zeitpunkte der Geburt sowie jeweils 5 bzw. 10 Minuten danach beziehen- zum Teil "1", zum Teil auch "1-1-1" eingetragen. Die Klägerin war bei ihrer Geburt schlaff und ohne Spontanatmung, an Vitalitätszeichen war allein ein Herzschlag festzustellen, dessen Frequenz mit "unter 100" dokumentiert ist. Zu einem nicht genau feststehenden Zeitpunkt nach der Geburt wurde die Kinderklinik der Beklagten informiert, die daraufhin ein von einem Arzt geleitetes Team entsandte. Die Streithelferin zu 4) unternahm eine Reanimation der Klägerin, wobei streitig ist, ob sie die Klägerin auch intubierte oder ob dies erst durch den herbeigerufenen Pädriater geschah. In dem Aufnahmebefund der Kinderklinik vom 19. April 1981 ist der Zustand der Klägerin als "blau, ohne Spontanmotorik, nach Intubation rosig" beschrieben. Darüber hinaus sind dort "ausgeprägte Ödeme im Bereich der rechten Gesichtshälfte und des rechten Oberarmes" dokumentiert worden. 5

Die Klägerin wurde auf der Intensivstation der Kinderklinik wegen eines Hyalinmembransyndroms (Neugeborenen- Atemnotsyndrom) vom Stadium III apparativ beatmet. Wegen rezidivierender Atelektasen wurde die Beatmung bis zum 19. Mai 1981 fortgeführt. Danach kam es verschiedentlich noch zu Apnoe- Anfällen. Wegen des vorzeitigen Blasensprungs sowie des Nachweises von E.- Coli- Bakterien im Ohrabstrich der Klägerin wurde eine antibiotische bzw. eine Sepsis- Therapie, wegen einer anfänglichen Hyperbilirubinämie eine Phototherapie durchgeführt. Eine wiederholt auftretende Neugeborenenanämie machte diverse Transfusionen, das Auftreten amorpher Neugeborenenkrämpfe eine Luminal- Therapie erforderlich. Am 22. Mai 1981 wurde die Klägerin auf die Neugeborenen- Station der Kinderklinik verlegt, von der sie am 11. August 1981 in die hausärztliche Behandlung entlassen wurde. Die im Entlassungsbericht gestellte Diagnose lautete u.a. " leichte Tonus- und Koordinationsstörungen". Am 4. Januar 1982 wurden nach Feststellung einer totalen Netzhautablösung links der Glaskörper und die Linse des linken Auges entfernt, was zu einer Mikrophthalmie links geführt hat. 6

Die Klägerin ist mehrfachbehindert. Sie hat eine Cerebralparese mit spastischer links- und beinbetonter Tetraplegie, die sie rollstuhlpflichtig macht. In ihrer geistigen Entwicklung ist sie retardiert. Sie besucht eine Behindertenschule. Nach ihren Krankenunterlagen liegt ein Anfallsleiden in Form einer Epilepsie vor, die sich nach einem anfallfreien Intervall erstmals 1984 wieder mit Krämpfen bemerkbar machte. In den letzten zwei Jahren war die Klägerin anfallfrei. 7

Die Klägerin hält die sie behandelnden Ärzte der Beklagten für ihren Hirnschaden für verantwortlich. Nachdem ihre Eltern mit Anwaltsschreiben vom 26. August 1985 erfolglos gegenüber der Beklagten Behandlungsfehler angemahnt und Schadensersatzansprüche geltend gemacht hatten, hat die Klägerin am 25. Februar 1987 Klage bei dem Landgericht Köln eingereicht, welche der Beklagten am 12. Juni 1987 zugestellt worden ist. Unter dem 3. 8

Oktober 1985 hatte die Beklagte der Klägerin die sie betreffenden Krankenunterlagen in Fotokopie zugesandt.

Die Klägerin hat den Ärzten der Beklagten eine Reihe von Versäumnissen vorgeworfen. Unter anderem hat sie behauptet, es seien unzureichende Maßnahmen zur Verhinderung einer Frühgeburt getroffen worden. Auch sei die Geburtsleitung unzureichend gewesen. Es hätte frühzeitig ein Arzt hinzugezogen, zumal nach dem Blasensprung medizinisch die Frage einer Sectio hätte abgeklärt werden müssen. Wäre die Mutter der Klägerin darüber aufgeklärt worden, so hat die Klägerin behauptet, daß die Sectio eine echte Alternative mit wesentlich besseren Überlebenschancen für das Kind gewesen wäre, hätte sie im Interesse des Kindes die mit der Sectio für sie verbundenen Risiken bereitwillig in Kauf genommen. Mit fortschreitendem Geburtsfortgang hätte auch ein Dammschnitt erwogen werden müssen, um die Austreibungsphase zu beschleunigen und zu erleichtern. Die Überwachung der Geburt mit Hilfe des CTG sei in zu geringem Umfang erfolgt. Die am Morgen vor ihrer Geburt um 5.00 Uhr erfolgte Verabreichung von Dolantin Spezial sei kontraindiziert gewesen, da Dolantingaben bei Frühgeborenen die Gefahr von Atemdepressionen verursachten. Zudem sei die Dosis überhöht gewesen; ursprünglich sei in den Krankenakten die injizierte Menge mit 150 mg angegeben gewesen; diese sei auch tatsächlich verabreicht worden, wie sich daran zeige, daß ihre Mutter anschließend eingeschlafen sei. Offensichtlich habe man sich in der Frauenklinik der Beklagten auf eine Totgeburt eingestellt und deshalb ein möglichst schadensfreies Überleben der Klägerin nicht gesichert. Auch die Reanimationsmaßnahmen nach ihrer Geburt seien unzureichend gewesen; dies zeige sich daran, daß der Apgar- Wert auch noch nach zehn Minuten konstant bei 1 blieb. Die bei ihr von den Kinderklinikern festgestellten Hämatome und Ödeme seien, so hat die Klägerin weiter vorgetragen, entweder durch den Geburtsvorgang selbst infolge fehlerhafter Maßnahmen, wie etwa den Verzicht auf eine Episiotomie, oder auch durch einen Sturz von der Waage bedingt. Ein solcher sei als klinischer Befund in den unter dem 22. Mai 1981 erstellten Unterlagen der Kinderklinik vermerkt. Auf einen solchen Sturz- eventuell auch in der Kinderklinik- deuteten die die chemischen Untersuchungen der Liquor- und der Gehirnflüssigkeit am 19. April und 18. Mai 1981 hin, die jeweils stark xanthochrome Befunde enthielten und damit auf eine Hirnblutung hindeuteten. Die Klägerin hat im übrigen weitere Behandlungsfehler während ihrer stationären Behandlung in der Kinderklinik behauptet und unter anderem den Verlust ihres Sehvermögens auf dem linken Auge dem dortigen Behandlungspersonal angelastet.

Seit dem Ende ihres ersten Lebensjahres, so hat die Klägerin vorgetragen, falle bei ihr ein schädigungsbedingter Pflege- Mehraufwand von monatlich mindestens 1.800,- DM an, den sie bis zum 31. Dezember 1986 mit dem Klageantrag zu 1) geltend gemacht hat.

Die Klägerin hat beantragt,

##blob##nbsp;

##blob##nbsp;

1) die Beklagte zu verurteilen,

##blob##nbsp;

##blob##nbsp;

an sie zu Händen ihrer gesetzlichen Vertreter 100.800,- DM nebst 4 % Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen,

##blob##nbsp;	18
##blob##nbsp;	19
2) an sie zu Händen ihrer gesetzlichen Vertreter ab 1. Januar 1987 eine monatliche Mehrbedarfsrente von z.Z. 1.800,- DM abzüglich der von Sozialversicherungsträgern als Pflegegeld geleisteten Beiträge zu zahlen,	20
##blob##nbsp;	21
##blob##nbsp;	22
3) an sie zu Händen ihrer gesetzlichen Vertreter ein angemessenes, der Höhe nach in das Ermessen des Gerichts gestelltes Schmerzensgeld , mindestens jedoch 100.000,- , nebst 4% Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen,	23
##blob##nbsp;	24
##blob##nbsp;	25
4) festzustellen, daß die Beklagte verpflichtet ist, ihr allen weiteren Schaden zu ersetzen, de26 ihr anlässlich des stationären Aufenthalts ihrer Mutter vom 12. April 1981 bis zu ihrer Geburt am 19. April 1981 und anlässlich ihrer Geburt am 19. April 1981 in der Frauenklinik der Beklagten sowie anlässlich ihres stationären Aufenthaltes vom 19. April bis 11. August 1981 in der Kinderklinik der Beklagten entstanden sei und noch entstehen werde, soweit solche Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen seien oder noch übergehen.	26
Die Beklagte und die Streithelfer haben beantragt,	27
##blob##nbsp;	28
##blob##nbsp;	29
die Klage abzuweisen.	30
##blob##nbsp;	31
##blob##nbsp;	32
##blob##nbsp;	33
Die Beklagte hat die Vorwürfe der Klägerin zurückgewiesen und vorgetragen, die der Mutter der Klägerin zuteil gewordene Behandlung habe dem im Jahre 1981 herrschenden medizinischen Standard entsprochen. Nach dem vorzeitigen Blasensprung sei die Überwachung der Mutter der Klägerin durch die Streithelferin zu 6) mit der erforderlichen Sorgfalt erfolgt. Zu häufigeren Untersuchungen habe angesichts der regelrecht verlaufenden Eröffnungs- und Austreibungsperiode kein Anlaß bestanden. Um 5.00 Uhr sei wegen der Schmerzäußerungen der Patientin Dolantin in einer Dosis von 50mg injiziert worden. Die ständige Anwesenheit eines Arztes sei nicht erforderlich gewesen. Die ärztliche Versorgung sei an jenem Osterwochenende im übrigen gewährleistet gewesen: Für Nacht- und Feiertagsdienste stünden vier Ärzte einschließlich des Oberarztes jederzeit zur Verfügung. 1981 habe allerdings ein Blasensprung in der 26./27. Schwangerschaftswoche als Grenzfall bezüglich des Überlebens eines als hochgradig unreif anzusehenden Neugeborenen	34

gegolten. Aufgrund der Ultraschalluntersuchung vom 16. April 1981 sei von einem Gewicht der Klägerin von ca. 935g als Mittel zwischen 700 g und 1350g auszugehen gewesen. Tatsächlich habe das Geburtsgewicht der Klägerin auch nicht 1140g, sondern 200 bis 300g weniger betragen, weil der Infusionskatheter und das Intubationsgerät mitgewogen worden seien. Die damals medizinisch möglichen Intensivmaßnahmen am Neugeborenen seien mit den heutigen nicht vergleichbar. Eine abdominale Schnittentbindung in der 26./27. Schwangerschaftswoche habe 1981 wegen der schlechten Prognose kein übliches Geburtsmanagement dargestellt. Die Entscheidung, ob auf vaginalem oder auf abdominalem Wege entbunden werden solle, sei 1981 weitgehend von dem CTG abhängig gemacht worden, welches indes bei der Klägerin keine pathologischen Auffälligkeiten gezeigt habe. Eine Episiotomie hätte den Geburtsvorgang nicht beschleunigen können. Bei der Geburt der Klägerin seien sowohl die Streithelferin zu 5) als auch die Streithelferin zu 4) anwesend gewesen. Unmittelbar nach ihrer Geburt sei die Klägerin in wärmende Tücher gewickelt und zur Reanimationseinheit gebracht worden, wo die Streithelferin zu 4) sie reanimiert habe. Jeder diensthabende Arzt im Kreißaal der Frauenklinik beherrsche die Reanimationstechniken sowohl bei reifen als auch bei unreifen Neugeborenen. Einen Sturz von der Waage habe es nicht gegeben. Die Blutgefäße Frühgeborener seien sehr vulnerabel, so daß es schon auf geringen Druck zu Blutungen komme könne. Während des Geburtsvorganges sei das Kind dem Druck des Geburtskanals ausgesetzt, was die Hämatome bei der Klägerin erkläre. Auch die Tetraplegie der Klägerin sei hierbei durch eine Blutung aus den vulnerablen Hirngefäßen in das benachbarte Gewebe verursacht worden. Der schlechte Zustand der Klägerin trotz sofort durchgeführter Intensivmaßnahmen (Intubation und Beatmung) müsse im Zusammenhang mit der hochgradigen Unreife insbesondere des kardiopulmonalen Systems des Kindes gesehen werden. Auch die weitere Behandlung der Klägerin sei lege artis verlaufen. Vorsorglich hat die Beklagte die Einrede der Verjährung erhoben und darüber hinaus die Ansprüche der Klägerin auch der Höhe nach bestritten.

Die Streithelfer haben sich dem Vorbringen der Beklagten angeschlossen und im übrigen ihre Verantwortlichkeit jeweils verneint. Der Streithelfer zu 1) hat unter anderem vorgetragen, die Mutter der Klägerin sei von der Streithelferin zu 4) über beide Geburtsmodi aufgeklärt worden; gleiches gelte für die anderen Ärzte, die in den Tagen zuvor die Mutter der Klägerin behandelten. 35

Nach 7.30 Uhr sei eine Not- Sectio nicht mehr möglich gewesen, weil der kindliche Kopf bereits tief in den Geburtskanal eingetreten gewesen sei. Er hat - ebenso wie die Streithelfer zu 2) und 4) - ferner vorgetragen, daß ein Pädiater zu der Geburt nicht hinzugerufen worden sei, weil die Austreibungsperiode einen unerwartet raschen Verlauf genommen habe. 36

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines pädiatrischen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. von H. und eines gynäkologischen Gutachtens des Sachverständigen Dr. M. sowie durch Vernehmung der Streithelferinnen zu 4) und 5) als Zeuginnen. 37

Durch Teil- und Grund- Urteil vom 24. November 1992 hat das Landgericht die Klage hinsichtlich der Anträge zu 1), 2) und 3) dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt, soweit der materielle Schaden der Klägerin auf den frühkindlichen Hirnschaden zurückzuführen ist. Darüber hinaus hat es festgestellt, daß die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin allen weiteren Schaden zu ersetzen, der ihr aufgrund des am 19. April 1981 unter der Geburt erlittenen Hirnschadens entstanden ist und noch entstehen wird, soweit nicht die Ansprüche auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind. Im übrigen hat es die 38

Klage abgewiesen. Das Landgericht hat sich auf den Standpunkt gestellt, daß die Beklagte der Klägerin für den ihr entstandenen Hirnschaden sowohl nach Vertrags- als auch nach deliktischem Schadensersatzrecht aufzukommen habe, weil es den behandelnden Ärzten der Beklagten bzw. dem Streithelfer zu 1) als dem für die Klinikorganisation verantwortlichen Leiter - für deren Verschulden die Beklagte aufzukommen habe- als Organisationsfehler anzulasten sei, daß die Geburt der Klägerin nicht - wie in solchen Risikofällen erforderlich- von einem Facharzt geleitet wurde, der die Klägerin hätte fachgerecht reanimieren und ihr die für Frühgeborene erforderliche spezielle Erstversorgung hätte zukommen lassen können. Die Tatsache, daß die Geburtsleitung in die Hände der - wie sich bei der Zeugenvernehmung ergeben habe- noch in der Facharztausbildung befindlichen Streithelferin zu 4), weitgehend sogar lediglich in die Hände einer Hebamme gelangt sei, stelle einen groben Behandlungsfehler dar. Da dieser als solcher geeignet gewesen sei, den Hirnschaden der Klägerin herbeizuführen, komme der Klägerin eine Beweislastumkehr zugute mit der Folge, daß von einer Ursächlichkeit auszugehen sei. Die von der Beklagten erhobene Einrede der Verjährung hat das Landgericht für nicht durchgreifend erachtet. Hinsichtlich der Höhe hat es das Klagebegehren für noch nicht entscheidungsreif gehalten. Als unbegründet hat das Landgericht die Klage abgewiesen, soweit die Klägerin mit ihr Ersatz für solchen materiellen bzw. immateriellen Schaden begehrt hat, der nicht auf den frühkindlichen Hirnschaden zurückzuführen ist, was insbesondere für die Netzhautablösung gelte. Mit einem zugleich mit dem Grund- und Teilurteil verkündeten Beweisbeschluß hat das Landgericht Beweiserhebung mit Rücksicht auf die Höhe der Klageforderung angeordnet. Wegen der Einzelheiten wird auf das Urteil Bl. 581- 592 d.A. sowie den Beweisbeschluß Bl. 606 d.A. verwiesen.

Gegen dieses ihr am 20. Januar 1993 zugestellte Urteil hat die Beklagte am Sonntag, den 21. 39
Februar 1993 Berufung eingelegt und ihr Rechtsmittel mit einem am Montag, den 24. Mai
1993 eingegangenen Schriftsatz begründet, nachdem die Berufungsbegründungsfrist auf
ihren Antrag bis zum 22. Mai 1993 verlängert worden war. Die Streithelfer zu 1) und 5) haben
ebenfalls form- und fristgerecht Berufung eingelegt und ihre Rechtsmittel jeweils in
prozeßordnungsgemäßer Weise begründet. Die Streithelfer zu 2), 3) und 4) haben sich dem
Berufungsvorbringen der Beklagten angeschlossen. Die Streithelferin zu 6) hat sich am
Berufungsverfahren nicht beteiligt.

Die Beklagte und die Streithelfer zu 1) bis 5) machen geltend, daß das Landgericht mit dem 40
Hinweis auf die fehlende Qualifikation der Streithelferin zu 4) eine
Überraschungsentscheidung getroffen und verfahrensfehlerhaft entgegenstehende
Beweisanträge übergangen habe. Die Streithelferin zu 4) sei keineswegs in der Geburtshilfe
unerfahren gewesen. Sie habe bereits vor der Geburt der Klägerin eine Vielzahl von
Geburten einschließlich Risikogeburten verantwortlich geleitet. In dem angefochtenen Urteil
sei auch in keiner Weise dargetan, was denn ein Facharzt anders als die Streithelferin zu 4)
hätte tun können. Die Streithelferin zu 4) habe die Klägerin sofort nach der Abnabelung
intubiert. 1981 habe es an der Universität noch keine Kinderärzte gegeben, die in der
Behandlung extrem unreifer Kinder erfahrener gewesen wären als die Ärzte der Universitäts-
Frauenklinik. Das Vorgehen der Ärztin sei zudem sachgerecht gewesen. Es habe auch kein
Anlaß bestanden, an eine überstürzte Geburt zu denken. Um 7.30 Uhr sei der Muttermund
erst um 5 bis 6 cm geöffnet und der Kopf noch fest im Geburtskanal gewesen, so daß davon
auszugehen gewesen sei, daß die Geburt noch Stunden dauern werde. Darüber hinaus fehle
es am Ursachenzusammenhang zwischen angeblichen Behnadrungsfehlern und dem
eingetretenen Schaden. Dieser sei allein auf die mangelhafte Lungenfunktion infolge der
Lungenunreife zurückzuführen, was medizinisch nicht hätte beeinflußt werden können. Der
Druck des Geburtskanals sei für die späteren Gesundheitsschäden der Klägerin ohne,
allenfalls von minimaler Bedeutung, weil der Kopf der Klägerin noch so klein gewesen sei,

daß der den Geburtskanal schnell und ohne Druckeinwirkung habe passieren können. Im übrigen haben die Beklagte und die Streithelfer erneut vorsorglich die Einrede der Verjährung erhoben.	
Die Beklagte und die Streithelfer zu 1) bis 5) beantragen,	41
##blob##nbsp;	42
##blob##nbsp;	43
unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen,	44
##blob##nbsp;	45
##blob##nbsp;	46
hilfsweise,	47
##blob##nbsp;	48
##blob##nbsp;	49
der Beklagten Vollstreckungsschutz zu gewähren und ihr zu gestatten, erforderliche Sicherheit auch durch Bürgschaft einer bundesdeutschen Großbank oder öffentlichen Sparkasse zu erbringen.	50
Die Klägerin beantragt,	51
##blob##nbsp;	52
##blob##nbsp;	53
die gegnerische Berufung zurückzuweisen.	54
Die Klägerin tritt dem Vorbringen der Beklagten und ihrer Streithelfer entgegen und verteidigt das erstinstanzliche Urteil, indem sie ihr erstinstanzliches Vorbringen zum Teil vertieft.	55
Der Senat hat Beweis erhoben gemäß seinen Beweisbeschlüssen vom 10. November 1993 (Bl. 766- 768), 13. Juli 1995 (Bl. 1040- 1042), 17. Januar 1996 (Bl. 1079- 1081) und 22. April 1996 (Bl. 1185) durch Einholung von Sachverständigengutachten sowie durch Vernehmung der Streithelferinnen zu 4) und 5) als Zeuginnen. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. G. und Prof. Dr. S. vom 29. November 1994 (Bl. 808- 820), das Protokoll der Beweisaufnahme vom 4. Dezember 1995 (Bl. 1052- 1067), das schriftliche Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Sc. vom 26. Februar 1996 (Bl. 1096-1117) sowie das Protokoll über die mündlichen Erläuterungen dieses Gutachtens in der Sitzung vom 12. Juni 1996 (Bl. 1190- 1196) verwiesen.	56
Wegen aller weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze und deren Anlagen verwiesen.	57
Entscheidungsgründe:	58
	59

Die Berufung der Beklagten und ihrer Streithelfer zu 1) und 5) ist zulässig, insbesondere ist sie frist- und formgerecht eingelegt und in der rechten Weise begründet worden. In der Sache hat das Rechtsmittel jedoch keinen Erfolg.

Das Landgericht hat im Ergebnis zu Recht eine Einstandspflicht der Beklagten für den frühkindlichen Hirnschaden der Klägerin bejaht und in verfahrensrechtlich zulässiger Weise insoweit durch Grund- und Teilurteil (soweit es das Feststellungsbegehren der Klägerin betrifft) entschieden, §§ 301, 304 ZPO. Die gleichfalls im Wege des Teilurteils erfolgte Klageabweisung, welche die nicht durch den Hirnschaden bedingten weiteren Schädigungen der Klägerin - wie insbesondere die Netzhautablösung - betrifft, ist von der Klägerin nicht angefochten und somit nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden.

60

Auch nach dem Ergebnis der im Berufungsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme ist die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Schadensersatz zu leisten, weil ihre mit der Geburtsvorbereitung und der Leitung der Geburt der Klägerin befaßten Ärzte ihre Pflichten aus dem Behandlungsvertrag verletzt haben und die Beklagte für den bei der Klägerin eingetretenen frühkindlichen Hirnschaden nach den für grobe Behandlungsfehler entwickelten Grundsätzen einzustehen hat. Die Haftung für materielle Schäden gründet sich zum einen auf vertragliche Ansprüche wegen sog. positiver Vertragsverletzung in Verbindung mit §§ 31, 89 bzw. 278 BGB, zum anderen auf §§ 823, 831 BGB in Verbindung mit § 31, 89 BGB. Ein Anspruch auf Ersatz immaterieller Schäden besteht nach § 847 BGB in Verbindung mit den vorbezeichneten Zurechnungsnormen. Der zwischen der Mutter der Klägerin und der Beklagten zustandegekommene Behandlungsvertrag entfaltete Schutzwirkung auch zugunsten der Klägerin mit der Folge einer unmittelbaren vertraglichen Haftung der Beklagten gegenüber der Klägerin für schuldhaft verursachte Schäden (BGH NJW 1989, 1541). Mit der Vollendung der Geburt steht der Klägerin ein deliktischer Schadensersatzanspruch auch wegen solcher Gesundheitsschäden zu, die ihr noch im Mutterleib zugefügt wurden (BGH NJW 1989, 1539). Die von der Beklagten erhobene Einrede der Verjährung greift gegenüber den deliktischen Schadensersatzansprüchen nicht durch.

61

I.)

62

Im Zusammenhang mit der Leitung der Geburt der Klägerin und ihrer Versorgung unmittelbar nach der Geburt sind den Ärzten der Frauenklinik der Beklagten schwerwiegende Organisations- und Behandlungsfehler unterlaufen. Dabei kann dahinstehen, ob im Jahre 1981 zumindest an geburtshilflichen Zentren- wie es die Frauenklinik der Beklagten zweifellos ist und war- eine primäre Sectio bereits die Methode der Wahl bei extrem kleinen Frühgeborenen war oder ob nach den seinerzeitigen Erkenntnissen die vaginale Entbindungsmethode wegen des damals bei Kaiserschnitt als erheblich höher eingeschätzten Mortalitätsrisikos als vorzugswürdig galt, wie die Sachverständigen Prof. Dr. G. und Prof. Dr. S. in ihrem Gutachten vom 29. November 1994 ausgeführt haben. Ebenso kann dahinstehen, ob im Jahre 1981 die von dem erstinstanzlich bestellten Sachverständigen Dr. M. erhobenen Anforderungen an eine vaginale Entbindung sehr kleiner Frühgeborener - als da sind: Periduralanästhesie, breite Episiotomie und Einlage eines Spiegels, um eine Traumatisierung insbesondere des kindlichen Schädels zu verhindern- Allgemeingut an den mit der Frauenklinik der Beklagten vergleichbaren Zentren war oder ob diese Forderungen auf die F. Schule, der der Sachverständige Dr. M. angehörte, beschränkt waren und sind.

63

Jedenfalls entsprach es bei weitem nicht dem geburtshilflichen Standard einer Universitätsklinik, die sich als Risikogeburt ankündigende Geburt der Klägerin wie eine durchschnittliche Geburt ohne jegliche Anweisungen der noch in der Facharztausbildung befindlichen, mit Entbindungen vergleichbar kleiner Frühgeborener und deren postpartaler

64

Versorgung noch nicht verantwortlich betraut gewesenem Streithelfer zu 4) und einer Hebamme anzuvertrauen; denn dies hatte- ungeachtet der sachverständigerseits nicht abschließend geklärten Frage, ob das Geburtsmanagement nicht auch aus anderen Gründen fehlerhaft war, zumindest zur Folge, daß der schwer apshyktische Zustand der Klägerin bei ihrer Entbindung über einen Zeitraum von mindestens 10 Minuten prolongiert wurde.

1) Wie die Vernehmung der Streithelfer zu 4), Frau Dr. Re., als Zeugin durch den Senat ergeben hat, ist eine sach- und fachgerechte Reanimation der Klägerin durch Intubation nicht vor Ablauf von mindestens 10 Minuten nach ihrer Geburt erfolgt. Frau Dr. Re. hat eingeräumt, daß es ihr bis zum Eintreffen der Kinderkliniker nicht gelungen sei, die Klägerin erfolgreich zu intubieren; sie habe vielmehr zunächst versucht, der Klägerin Sauerstoff im Wege der "Bebeutelung" zuzuführen, und sodann den Versuch unternommen, die Klägerin zu intubieren. Dies habe sich allerdings unter den gegebenen Bedingungen - ebenso wie bereits die Beatmung mit dem Beutel- schwierig gestaltet, so daß die Ärztin zu dem Zeitpunkt, als die hinzugeholten Pädiater erschienen, erst soweit war, den Tubus zu schieben und die Reanimation von den Kinder Klinikern übernommen wurde. Hieraus wird im Gegensatz zu der unbestimmten erstinstanzlichen Aussage, bei der Frau Dr. Re. noch angegeben hatte, sie habe die Klägerin intubiert, deutlich, daß die Reanimationsbemühungen bis zu dem Eintreffen der Kinderkliniker im bloßen Versuch stecken geblieben waren und der asphyktische Zustand der Klägerin bis zu diesem Zeitpunkt angedauert hatte. Daran, daß die Streithelfer zu 4) bei ihrer Vernehmung durch den Senat die Umstände der Reanimation der Klägerin insoweit glaubhaft geschildert hat, besteht für den Senat kein Zweifel. Die Streithelfer zu 4) hatte zum einen nach ihrer eigenen Darstellung noch recht deutliche Erinnerungen an die Geburt der Klägerin; zum anderen kann vorausgesetzt werden, daß die Streithelfer zu 4) nicht unnötig Belastendes geschildert haben wird. Bestätigt wird ihre Aussage durch den in dem Aufnahmebogen der Kinderklinik vom 19. April 1981 enthaltenen Befund: "Nach Intubation rosig", sowie durch die Dokumentation in dem für diesen Tag erstellten Verlaufsbogen der Kinderklinik: "von Dr. N. intubiert... , daraufhin rosig". 65

Die hierzu im Gegensatz stehende Bekundung der Streithelfer zu 5), Frau Dr. Re. habe die Klägerin "sofort intubiert", kann deshalb nicht den Tatsachen entsprechen, wobei dahinstehen mag, ob die Streithelfer zu 5) insoweit von ihrem Erinnerungsvermögen im Stich gelassen worden ist oder ob ihre Bekundung auch subjektiv unwahr war. 66

Wie der Sachverständige Prof. Dr. Sc., von dessen hoher fachlicher Qualifikation sich der Senat bereits wiederholt in früheren Prozessen hat überzeugen können, verdeutlicht hat, hat die von Frau Dr. Re. vorgenommene Bebeutelung der Klägerin keinen Vorteil gebracht. Darüber hinaus war es auch verfehlt, die Bebeutelung über einen so langen Zeitraum - die Streithelfer zu 4) hat ihn auf ca. zehn Minuten geschätzt- zu unternehmen. Zulässig ist nach Prof. Dr. Sc.s Darlegungen allenfalls eine Bebeutelung von ein bis zwei Minuten. Richtigerweise hätte zudem zunächst der oberflächlich erkennbare Schleim abgesaugt werden müssen, bevor mit der Bebeutelung begonnen wurde. Daß dies geschehen sei, hat die Streithelfer zu 4) nicht bekundet und ergibt sich auch nicht aus den Dokumentationen. 67

Der schwer asphyktische Zustand der Klägerin hat infolgedessen mindestens zehn Minuten, keinesfalls weniger, über die Geburt hinaus angedauert. Dies folgert der Senat zum einen aus der ebenfalls ohne weiteres glaubhaften Bekundung der Streithelfer zu 4), sie habe sich bis zu dem Erscheinen der Kinderkliniker schätzungsweise ca. zehn Minuten mit der Klägerin beschäftigt. Die gleiche Einschätzung hatte Frau Dr. Re. bereits bei ihrer Aussage vor dem Landgericht geäußert. Hiermit steht in Einklang, daß die Streithelfer zu 5) in dem Neugeborenen- Formblatt den dritten Apgar- Wert, der 10 Minuten nach der Geburt vergeben 68

zu werden pflegt, ebenso mit "1" angegeben hat wie die beiden ersten, unmittelbar nach der Geburt bzw. fünf Minuten danach, festzustellenden Werte. Die Vorbehalte, die die Streithelferin zu 5) insoweit bei ihrer Vernehmung gemacht hat- daß nämlich von ihr lediglich der erste Wert festgestellt worden sei, während es sich bei den übrigen Apgar- Benotungen, auch hinsichtlich des Zeitpunktes, nur um unmaßgebliche schätzungen gehandelt habe-, vermag diese Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Es kann im Gegenteil aus den Bekundungen von Frau Dr. Re. und den Befunden der Kinderkliniker darauf geschlossen werden, daß die damaligen Eintragungen der Streithelferin zu 5) zu den Apgar- Werten auf zutreffenden- wenn auch nachträglich vorgenommenen- schätzungen beruhen.

Die Tatsache, daß es der Streithelferin zu 4) über die Dauer von ca. zehn Minuten nicht gelungen ist, die Klägerin sachgerecht zu reanimieren, stellt objektiv einen Behandlungsfehler, gegebenenfalls auch ein Übernahmeverschulden der Streithelferin zu 4) dar, da ihr bekannt war, daß sie ein Frühgeborenes in der 28. Schwangerschaftswoche noch nicht reanimiert hatte und ihr die Schwierigkeit der Intubation bei solch extrem kleiner Kindern hätte bekannt sein müssen. Von daher hätte sie selbst frühzeitiger die Kinderklinik oder den angeblich dienstbereiten Oberarzt rufen müssen, der nach der Darstellung der Beklagtenseite zu einer fachgerechten Reanimation in der Lage gewesen sein soll.

69

Der Einwand, man sei von der Geburt überrascht worden, schlägt nicht. Zum einen wäre um 8.00 Uhr, als die Streithelferin zu 5) festgestellt hatte, daß der Muttermund vollständig eröffnet war, noch Zeit gewesen, die Kinderkliniker rechtzeitig herbeizurufen, die - wie der Sachverständige Prof. Dr. Sc. in der mündlichen Verhandlung am 12. Juni 1996 erläutert hat- rund zehn Minuten gebraucht haben werden, bis sie nach ihrer Benachrichtigung im Kreißsaal waren. Zweifelhaft kann insofern allenfalls sein, ob die Streithelferin zu 4) tatsächlich unmittelbar nach 8.00 Uhr durch die Streithelferin zu 5) von dem Stand der Geburt unterrichtet worden war- ihre Aussage, sie sei hinzugekommen, als das Kind "quasi aus der Vulva herausgetreten" sei, könnte dafür sprechen, daß bis dahin noch einige Minuten verstrichen waren.

70

Die von der Beklagtenseite bemühte Dokumentation für 7.30 Uhr, wonach um diese Zeit der Muttermund erst auf 5 bis 6 cm eröffnet und der Kopf des Kindes "fest i. BE" (Beckeneingang) gewesen sein soll, ist nicht geeignet, das Argument der überraschenden Geburt zu stützen. Eine Untersuchung zu diesem Zeitpunkt hat tatsächlich nicht stattgefunden. Die in der Original- Krankenakte der Frauenklinik enthaltene Eintragung ist offensichtlich nachträglich, nach der Aussage der Streithelferin zu 4) zudem von einer an dem Geburtsvorgang nicht beteiligten Person, hinzugefügt worden. Bis zur Berufungsbegründung des Streithelfers zu 1), dessen Prozeßbevollmächtigter in der Sitzung vom 4. Dezember 1995 das Original- Krankenblatt erstmals zu den Gerichtsakten gereicht hat, war von einer Untersuchung der Mutter der Klägerin um 7.30 Uhr nie die Rede, vielmehr wurde auch von der Beklagtenseite stets vorgetragen, die Hebammen- zunächst die Streithelferin zu 6), dann die Streithelferin zu 5)- hätten um 23.30 Uhr, um 5.00 Uhr, um 6.50 Uhr und um 8.00 Uhr Untersuchungen vorgenommen (vgl. u.a. den Schriftsatz der Beklagten vom 14. September 1987, Bl. 80 d.A.). Dies stimmt mit dem Inhalt der bis zum 4. Dezember 1995 einzig bei den Gerichtsakten befindlichen Fotokopie des Krankenblattes überein, auf welcher ersichtlich ist, daß die Streithelferin zu 6) um 6.50 Uhr den Blutdruck, den Puls und die Temperatur der Mutter der Klägerin gemessen, ein CTG angelegt und Herztöne der Klägerin festgestellt hat. Die in der linken Spalte des Original- Krankenblattes enthaltene Eintragung "7.30" ist auf der Fotokopie ebenso wenig abgelichtet wie der in der rechten Spalte notierte Befund, der auch ganz offensichtlich weder von der Hand der Streithelferin zu 6) noch von der Streithelferin zu 5) stammt. Die Streithelferin zu 4) kommt als Urheberin ebenfalls nicht in Frage. Der

71

Gedanke, daß diese Dokumentation bei der Ablichtung der Krankenunterlagen abgedeckt worden sein könnte, ist zu verwerfen, da in diesem Fall zumindest Teile der Uhrzeit-Eintragung auf der Fotokopie hätten ersichtlich sein müssen, was indes nicht der Fall ist.

Hatte aber die letzte vaginale Untersuchung der Mutter der Klägerin durch die Streithelferin zu 6) um 5.00 Uhr stattgefunden, könnte sich das Argument der überraschenden Geburt sogar gegen die Beklagte umkehren: Ein Zeitraum von immerhin drei Stunden erscheint als Untersuchungsintervall bei einer Frühgeburt wie hier reichlich lang.

72

2) Daß es zu den unsachgemäßen Reanimationsmaßnahmen der Streithelferin zu 4) kommen konnte, ist zumindest zu einem ganz erheblichen Teil- über die Quote im Innenverhältnis der Streithelfer braucht hier nicht entschieden zu werden- auf Organisationsfehler zurückzuführen, wobei in diesem Prozeß ebenfalls nicht entschieden zu werden braucht, inwieweit dieser Vorwurf den Streithelfer zu 1) oder einen seiner verfassungsmäßig berufenen Vertreter im Amt treffen würde. Es entsprach nicht dem medizinischen Standard an deutschen Universitäten im Jahre 1981, eine Risikogeburt verantwortlich in die Hände einer noch in der Facharztausbildung befindlichen Ärztin zu legen; zumindest hätten nach den in der Frauenklinik der Beklagten üblichen Gepflogenheiten konkrete Direktiven an den diensthabenden Arzt für den Fall des vorzeitigen Blasensprunges bei der Mutter der Klägerin in den Krankenakten niedergelegt bzw. auf sonstige Weise existent sein müssen.

73

Bei der Frühgeburt eines Kindes in der 28. Schwangerschaftswoche handelt es sich um ein erhebliches Risiko für das Kind, welches eine besondere ärztliche Fürsorge erfordert. Dazu gehören einmal während des Geburtsvorganges - abhängig von den Gegebenheiten des Einzelfalles- geburtshilfliche Kontroll- und Unterstützungsmaßnahmen, wobei hier offen bleiben kann, inwieweit solche Maßnahmen- wie etwa eine Fortschreibung des CTG über 7.33 Uhr hinaus oder eine Episiotomie zwecks erleichterten Austretens des Köpfchens- bei der Geburt der Klägerin erforderlich gewesen wären, um ein möglichst schadensfreies Überleben der Klägerin zu ermöglichen. Zum anderen ist für eine fachkundige postpartale Betreuung zu sorgen, weil es, wie der Sachverständige Prof. Dr. Sc. in seinem schriftlichen Gutachten vom 26. Februar 1996 einleuchtend ausgeführt hat, bei Frühgeborenen entscheidend darauf ankommt, durch eine sofortige und effiziente- d.h. innerhalb weniger Minuten einsetzende- Reanimation die aus der Unreife resultierenden Anpassungs- und Versorgungsstörungen auszugleichen, die ohne eine solche Atem- und Kreislaufunterstützung zu irreversiblen HirnSchädigungen führen können. Ein geübter Praktiker ist, wie Prof. Dr. Sc. bei seiner mündlichen Anhörung durch den Senat verdeutlicht hat, auf Anhieb in der Lage, ein unreifes Frühgeborenes wie die Klägerin zu intubieren; wenn alle Geräte vollständig seien, dauere es bis zum Einsetzen einer effizienten Reanimation nur Sekunden, maximal eine Minute.

74

Die Zusammenhänge zwischen den Mechanismen, die zu Versorgungsstörungen des kindlichen Gehirns vor und während der Geburt führen, und der unabweisbaren Notwendigkeit einer innerhalb weniger Minuten erfolgreich einsetzenden Atemhilfe bei Kindern mit einem Apgarwert 1 waren den überzeugenden Darlegungen Prof. Dr. Sc.s in seinem schriftlichen Gutachten zufolge bereits in den 70iger Jahren in zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen diskutiert worden und jedenfalls an deutschen Universitäts-Frauen- und Kinderkliniken als bekannt vorauszusetzen. Die Dringlichkeit einer effizienten Atemhilfe bei einem Kind mit den Apgarwerten 1 sei im übrigen, so hat der Sachverständige weiter in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, auch aus den Lehrbüchern und Monographien hervorgegangen, die für das Jahr 1981 in Deutschland und

75

in allen zivilisierten, medizinisch entwickelten Ländern Gültigkeit gehabt hätten. Wenn sich hieraus nach Auffassung Prof. Sc.s auch wohl bis heute nicht die prinzipielle Forderung ableiten lasse, zu jeder Risikogeburt einen Pädiater und einen geschulten Neonatologen hinzuzuziehen, so erfordere aber die unabdingbare Indikation zur sofortigen, d.h. innerhalb weniger Minuten erfolgreich einsetzenden Atemhilfe den Einsatz eines in der Reanimation unreifer Frühgeborener versierten Geburtshelfers; nur dann sei es erlaubt, auf die Hinzuziehung eines Pädiaters zu verzichten, wobei auch berücksichtigt werden müsse, daß der Geburtshelfer im Einzelfall durch eine gleichzeitig notwendig werdende Versorgung von Mutter und Kind überfordert sein könne. Entsprechende Einsichten haben nach Prof. Sc.s überzeugenden Darlegungen bereits 1981 an den deutschen Universitätskliniken geherrscht und ihrem Standard entsprochen. Zwischenzeitlich seien insoweit keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse gesammelt worden, sondern lediglich dieser Standard weitgehend bis in alle Bereiche der Geburtshilfe, auch in kleinere Abteilungen, gedrungen.

Der von den Sachverständigen Prof. G. und Prof. S. in ihrem Gutachten vom 29.11.1994 vertretenen Auffassung, die Geburtsleitung bei der Geburt der Klägerin habe dem medizinischen Standard an deutschen Universitäten entsprochen, ist Prof. Dr. Sc., der sich ansonsten bei der Beurteilung geburtshilflicher Vorgänge zurückhält, entschieden entgegengetreten. Der Senat hält seine Kritik an dem Gutachten der Sachverständigen Prof. G. und Prof. S. für berechtigt. Dieses Gutachten geht bereits insofern von unzutreffenden Voraussetzungen aus, als die generelle Aussage, es habe sich im Jahre 1981 bei einer Schwangerschaftsbeendigung vor der 29. Schwangerschaftswoche rechtlich um einen Spätabort gehandelt, nicht haltbar ist, weil sie in Widerspruch zu § 29 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes vom 25. Februar 1977 steht. Die Tatsache, daß die Mutter der Klägerin auf der Entbindungsstation untergebracht war und für den Fall nicht aufzuhaltender Frühgeburtsbestrebungen in die Zuständigkeit des Kreißsaales fallen sollte- während es nach Aussage der Streithelferin zu 4) in der Frauenklinik auch eine spezielle Station für Fehlgeburten gab- macht im übrigen auch deutlich, daß dieser rechtliche Ansatz in der Frauenklinik der Beklagten nicht geteilt wurde. Unzutreffend ist auch die Einschätzung des von Prof. G. verfaßten Gutachtens, die Chancen der Klägerin, in Gesundheit zu überleben, seien "gleich Null" gewesen; sie widerspricht bereits den von ihm selbst referierten Zahlen, wonach die Überlebensrate von Kindern um 1000g in den besten Zentren der Welt bei 30% gelegen haben soll, wobei die Schädigungsrate solcher Kinder 40 bis 70% betragen habe. Der von Prof. G. hervorgehobene Umstand, daß die Ultraschalluntersuchung vom 16. April 1981 auf eine Wachstumsretardierung von zwei Wochen hatte schließen lassen, war in keiner Weise geeignet, seine Einschätzung der Chancen des Kindes zu stützen: Die Ultraschalluntersuchung war - wie im Jahre 1981 auch als bekannt vorauszusetzen- für exakte Berechnungen nicht geeignet. Vorliegend hat sich die am 16. April 1981 angenommene Wachstumsretardierung auch als Fehleinschätzung erwiesen. Die Klägerin war mit einer Körperlänge von 38 cm und einem Geburtsgewicht von 1.140g altersgerecht entwickelt. Die Behauptung der Beklagten, hierbei handle es sich um das "Bruttogewicht" der mit dem Infusions- und Intubationsgerät gewogenen Klägerin, ist durch nichts belegt. In allen Dokumentationen ist das Geburtsgewicht der Klägerin mit 1140g angegeben worden, ohne daß in irgendeiner Weise gekennzeichnet worden wäre, daß hiervon noch ein Abzug von 200 bis 300 g, wie die Beklagtenseite es fordert, zu machen sei. Es erscheint auch unwahrscheinlich, daß die Kinderkliniker bei der Feststellung des Geburtsgewichts einen so naheliegenden Abzug nicht berücksichtigt haben sollten, zumal die Dokumentation des Gewichts eines solchen Kindes wichtigen Aufschluß über seine Entwicklung gibt. Aus den für jeden Tag des stationären Aufenthaltes der Klägerin in der Kinderklinik angelegten Verordnungsbögen geht im übrigen eine kontinuierliche Steigerung des Gewichtes hervor, die insbesondere auch am Tag der Extubation bzw. am

darauffolgenden Tag nicht- wie auf der Basis der Behauptung der Beklagten zwingend wäre- einschneidend unterbrochen wurde.

Dem Resümee des Gutachtens der Sachverständigen Prof. G. und Prof. S., es sei "nachvollziehbar", daß für die Geburt keine besonderen Vorkehrungen getroffen waren und die Geburt nicht von einem Facharzt, sondern von einer Assistenzärztin und einer Hebamme geleitet wurde, dieses Vorgehen habe auch 1981 nicht gegen den zu fordernden Standard an Universitätskliniken verstoßen, kann nicht gefolgt werden. Konkrete Beispiele, an welchen Universitätskliniken derart geringe Anforderungen an die Leitung von Risikogeburten gestellt wurden, sind in dem Gutachten nicht genannt. Demgegenüber machen die von der Klägerin außergerichtlich eingeholten Stellungnahmen von Prof.em. B. vom 27. Februar 1995 (Bl. 870ff) und Dr. Be. vom 16. Januar 1995 (Bl. 880ff), das erstinstanzlich eingeholte Gutachten des Sachverständigen Dr. M. wie auch die auf eine in der 27. Schwangerschaftswoche erfolgte Geburt eines 1000g schweren Kindes im Jahre 1979 bezogene Entscheidung des OLG Düsseldorf vom 13. Juli 1989 (abgedr. in AHRS Kza. 3010/ 36) deutlich, daß an einer ganzen Reihe von Universitätskliniken sehr wohl den überaus empfindlichen Sicherheitsrisiken Frühgeborener Rechnung getragen wurde, indem zur Geburt bereits ab Mitte bis Ende der siebziger Jahre grundsätzlich speziell ausgebildete Pädiater hinzugezogen wurden. Der Senat hat der von Prof. Sc. geäußerten Auffassung, die in dem Gutachten von Prof. G. und Prof. S. getroffene Aussage sei angesichts der hohen Reputation von Prof. S. und seiner Verdienste um die moderne Entwicklung der Perinatalogie unverständlich, nichts hinzuzufügen.

77

Ob es - wie der Streithelfer zu 1) in seinem Schriftsatz vom 2. Mai 1995 vorgetragen hat- in der Frauenklinik der Beklagten im Jahre 1981 nicht üblich und auch nicht erforderlich war, bei drohender Frühgeburt bzw. Spätabort einen Pädiater hinzuziehen, weil die speziell ausgebildeten Ärzte in der Frauenklinik einschließlich der Assisten über die Reanimation unreifer Kinder bestens orientiert und in den Primärmaßnahmen der Reanimation den Pädiatern überlegen gewesen seien, kann dahinstehen. Die Streithelferin zu 4) war es, wie der Verlauf der Dinge gezeigt hat, jedenfalls nicht, während dem herbeigerufenen Pädiater die Intubation offenbar auf Anhieb gelang. Aus der Aussage der Streithelferin zu 4) vor dem Senat wurde deutlich, daß sie über keine hinreichende Erfahrung verfügte: Vergleichbar kleine Frühgeborene wie die Klägerin hatte sie zuvor nicht reanimiert. Hiervon hätten sich die vorgesetzten Ärzte der Streithelferin zu 4) - allen voran der Streithelfer zu 1) - ohne weiteres in Kenntnis setzen können.

78

Es hätte unter diesen Umständen durch geeignete organisatorische Maßnahmen verhindert werden müssen, daß die Geburtsleitung alleinverantwortlich in die Hände der Streithelferin zu 4) geriet. Solche Maßnahmen sind indes nicht getroffen worden. Nach der glaubhaften Schilderung der Streithelferin zu 4) existierten weder schriftliche noch mündliche Anweisungen, wie im Falle des vorzeitigen Blasensprunges bei der Mutter der Klägerin zu verfahren sei. Die Problematik der Patientin war der Streithelferin zu 4) bis zu ihrer Aufnahme im Kreißsaal unbekannt, da die Mutter der Klägerin entgegen einer nicht- nach Aussage der Streithelferin zu 4) ständigen Übung- in den regelmäßigen Kreißsaalvisiten vorgestellt und ihr Fall auch nicht Gegenstand der üblichen Dienstbesprechungen gewesen war. Mit der völlig unvorbereiteten Konfrontation mit dem hier gegebenen Problemfall war die Streithelferin zu 4) vorhersehbar überfordert.

79

Die angebliche Anweisung, bei unvorhergesehenen Komplikationen den Oberarzt vom Dienst zu rufen, genügte nicht. Abgesehen davon, daß eine solche Anweisung zu allgemein gehalten gewesen wäre, war sie auch gänzlich ungeeignet, in Fällen der vorliegenden Art für

80

die notwendige rasche und effiziente Hilfe zu sorgen: Was als "unvorhergesehene Komplikation" anzusehen war, war der Interpretation des jeweiligen im Kreißsaal diensttuenden Arztes überlassen, und es bestand auf diese Weise von vornherein die Gefahr, daß der betreffende Arzt erst einmal selbst versuchte, mit den auftretenden Schwierigkeiten fertig zu werden, wodurch kostbare Zeit verloren gehen konnte. Außerdem bestand die Gefahr, die sich hier auch realisiert hat, daß eine unerfahrene Ärztin die volle Problematik nicht rechtzeitig erkannte.

3) In der Summe und mit Blick auf das mit der Geburt extrem kleiner Frühgeburten verbundene hohe Risiko sind diese Fehler und Versäumnisse als grob fehlerhaft zu bewerten. Als grob hat der Bundesgerichtshof wiederholt solche Behandlungsfehler bezeichnet, die im Rahmen einer Gesamtbetrachtung des Behandlungsgeschehens und unter Berücksichtigung der konkreten Umstände aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich sind, weil sie eindeutig gegen gesicherte und bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen (Steffen, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht, 6. Aufl. "S. 198 m.w.N.). Die festgestellten Versäumnisse und Fehler, die hier in einem geburtshilflichen Zentrum zu einer nicht hinnehmbaren Verzögerung der dringend erforderlichen Reanimation geführt haben, erscheinen dem Senat aus objektiver ärztlicher Sicht als nicht mehr verständlich und verantwortlich, weil ein solches Versagen in seiner Gesamtheit schlechterdings nicht hätte geschehen dürfen.

81

II)

82

1) Bei der Klägerin liegt, wie das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Sc. auch ohne die Hinzuziehung bildgebender Verfahren überzeugend ergeben hat, ein Residualschaden nach einer Versorgungsstörung des Gehirns auf einer frühen Entwicklungsstufe vor. Die bei ihr vorhandene spastisch- tetraparetische Cerebralparese ist nach den Darlegungen des Sachverständigen ein charakteristisches Restschadenssyndrom nach extremer Frühgeburt. Auch die aus den Krankenunterlagen der Klägerin hervorgehende Epilepsie, die kurz nach der Geburt in der Kinderklinik festgestellt und mit Luminal behandelt wurde und nach einem längeren Intervall erstmals im Kleinkindalter wieder auftrat, hat der Sachverständige als typisch für einen Residualschaden gekennzeichnet, so daß kein Zweifel daran bestehen kann, daß die Klägerin nicht unter einer fortschreitenden neurometabolischen oder degenerativ fortschreitenden Erkrankung leidet.

83

2) Ob allerdings dieser Residualschaden auf die als Folge der verzögerten Intubation eingetretene prolongierte Asphyxie zurückzuführen ist oder ob nicht allein schon die Unreife der Klägerin oder vorgeburtliche schicksalhafte Ursachen die Hirnschädigung der Klägerin bewirkt haben, hat das Gutachten des Sachverständigen Prof. Sc. nicht erbracht und läßt sich mit den zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten auch nicht eindeutig feststellen.

84

Aufgrund der Apgarwerte der Klägerin ist, so hat der Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, als sicher davon auszugehen, daß die Klägerin in der Zeit unmittelbar vor der Geburt eine hinsichtlich Ausmaß und Dauer nicht exakt definierbare, aber insgesamt schwere Versorgungsstörung durchgemacht hat. Hieraus lasse sich aber nicht - wie es der Sachverständige Prof. von H. erstinstanzlich in seinem schriftlichen Gutachten vom 14. Januar 1988 getan hat - folgern, daß der frühkindliche Hirnschaden "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit" kurz vor der Geburt, in der Zeit von 6.33 bis 8.14 Uhr, eingetreten sei. Diese These sei schon nach dem zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. von H. gültigen Erkenntnisstand nicht mehr vertretbar gewesen, worauf auch der

85

Privatgutachter der Klägerin, Prof. em. B. , mit gleicher Entschiedenheit wie Prof. Sc. hingewiesen hat. Hypoxie und Acidose setzen kurz vor oder während der Geburt speziell bei einem unreifen Kind, so hat Prof. Sc. dazu näher ausgeführt, einen verhängnisvollen Kreislauf in Gang, der unter Umständen bis weit in die postnatale Phase hinein wirksam sein könne. Während hierdurch bedingte vorgeburtliche Versorgungsstörungen des kindlichen Gehirns noch dadurch aufgefangen werden könnten, daß das Kind über die Placenta versorgt werde, könne die nach der Geburt im weiteren ausgelöste pathologische Umstellung von Kreislauffunktionen der Lunge und des Gehirns Stunden oder auch Tage nach der Geburt einen irreversiblen Hirnschaden zur Folge haben. Im Bereich der auf einer so frühen Entwicklungsstufe wie bei der Klägerin noch bestehenden sog. germinalen Matrix (Fetalgewebe, aus der sich das Gehirn durch Zellteilung und Auswanderung entwickelt hat) komme es besonders leicht als Folge von Mangeldurchblutungen oder Einblutungen zum Gewebsuntergang. Diese Folgen könnten allerdings zumindest zu einem Teil verhindert werden, wenn nach der Geburt eine Unterstützung der Atem- und Kreislauffunktionen erfolge, die dem Sauerstoffmangel und der ebenso bedeutsamen Mangeldurchblutung entgegenwirkten. Die Wahrscheinlichkeit, mit der auf diese Weise der Eintritt eines frühkindlichen Hirnschadens bei Frühgeborenen verhindert werden kann, läßt sich den ohne weiteres nachvollziehbaren Darlegungen Prof. Sc.s zufolge allerdings nicht beurteilen.

3) Die Klägerin trifft indes nicht die Beweislast dafür, daß der bei ihr eingetretene irreversible Hirnschaden auf die infolge der verzögerten Reanimation verlängerte Asphyxie zurückzuführen ist. 86

Von dem Grundsatz, daß der Patient beweispflichtig für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem ärztlichen Behandlungsfehler und seiner Gesundheitsschädigung ist, ist aus Billigkeitsgründen dann eine Ausnahme zu machen, wenn dem betreffenden Arzt ein grober Behandlungsfehler zur Last fällt und dieser grobe Pflichtverstoß geeignet gewesen ist, den konkreten Gesundheitsschaden herbeizuführen. In diesem Fall treten Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr zugunsten des Patienten ein (ständige Rechtsprechung des BGH, vgl. aus jüngerer Zeit BGH NJW 1995, 778 und 1611). Ihre Rechtfertigung finden diese Beweiserleichterungen darin, daß durch das fehlerhafte Vorgehen des Arztes das Spektrum der möglichen Schadensursachen erweitert und so eine Situation herbeigeführt worden ist, bei der sich nicht klar unterscheiden läßt, ob das ärztliche Versagen oder eine in der Person des Patienten bzw. seiner körperlichen Anlage begründete Ursache für den eingetretenen Schaden verantwortlich ist. 87

Diese Konstellation liegt hier vor: Infolge der als grob behandlungsfehlerhaft zu bewertenden Verzögerungen bei der Reanimation der Klägerin ist es zu einer prolongierten Asphyxie gekommen, die aus den oben dargestellten Gründen als mögliche Ursache für den Hirnschaden der Klägerin ebenso in Betracht zu ziehen ist wie die bereits unmittelbar vor der Geburt einsetzenden Versorgungsstörungen und deren sich nach der Geburt fortsetzende pathologische Mechanismen. Wie sich aus dem Gutachten von Prof. Dr. Sc. entnehmen läßt, ist es durchaus auch nicht völlig unwahrscheinlich, daß durch eine sofortige, das heißt innerhalb weniger Minuten nach der Geburt einsetzende, Unterstützung der Atem- und Kreislauffunktionen die pathophysiologischen Umstellungen, die bei dem Gehirn eines extrem Frühgeborenen die typischen intra- oder paraventrikulären Blutungen verursachen, abgefangen und ein irreversibler Hirnschaden damit vermieden hätte werden können. Der Sachverständige konnte dazu auf Erhebungen in Finnland, Süd- Bayern und Hamburg verweisen, aus denen klar hervorgeht, daß etwa 50 bis 60 % der unter 1.500 g und unter 32 Wochen Gestationsalter geborenen überlebenden Kinder (bei einer ca. 30%igen Letalitätsrate) weitgehend oder vollständig in Gesundheit überleben, daß etwa 15 % dieser 88

überlebenden Kinder eine schwere Cerebralparese und insgesamt 40% der überlebenden Kinder schwere und leichtere Entwicklungsstörungen aufweisen.

4) Ob die der Klägerin zugute kommenden Beweiserleichterungen so weit zu gehen haben, daß die Beklagte die Beweislast für den gesamten Kausalverlauf zu tragen hat, ist dem Senat, als er den Parteien seinen Vergleichsvorschlag unterbreitete, nicht zwingend erschienen. Der Senat hat gemeint, daß der Umstand, daß die zur Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern entwickelten Grundsätze letztlich auf Billigkeitserwägungen zurückzuführen sind, dazu berechtige, den Verursachungsbeitrag der in den Verantwortungsbereich der Beklagten fallenden Schädigung gemäß § 287 ZPO zu schätzen. In den mit dem Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung ausgeloteten Chancen der Klägerin, bei sachgerechter Reanimation in Gesundheit zu überleben, hat der Senat geeignete Hilfen zur Schätzung gesehen. Er hat dabei insbesondere auch berücksichtigt, daß die beinbetonte Tetraparese der Klägerin wie auch die- im Berufungsverfahren nicht mehr im Streit befindliche- Retinopathie für Frühgeborene charakteristisch ist und daß die anhaltend schlechten Apgarwerte auf eine Lebensschwäche des Kindes hinwiesen. Andererseits gesellen sich nach den Feststellungen von Prof. Sc. zu der Tetraparese weitere schwere körperliche Schädigungen, darüber hinaus eine bei Frühgeborenen im Regelfall nicht vorhandene schwere geistige Störung sowie eine Epilepsie, mithin Merkmale, die geeignet sein könnten, auf eine Ursächlichkeit der wegen unzureichender Behandlung verlängerten Asphyxie schließen zu lassen. Dies alles würde, so hat der Senat gemeint, eine Abwägung dergestalt rechtfertigen, daß der Beklagten ein Verursachungsanteil an dem Hirnschaden zu 75% zuzuordnen sei.

Der Senat sieht sich jedoch durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs - vgl. zuletzt das in Sachen VI ZR 10/96 am 1.10.1996 verkündete Urteil des VI. Zivilsenats - daran gehindert, seine obigen Erwägungen in die streitige Entscheidung einzubringen. Der Bundesgerichtshof hat in diesem Urteil im Anschluß an seine bisherige Rechtsprechung zu Beweiserleichterungen bei groben Behandlungsfehlern deutlich gemacht, daß es für eine vollständige Beweislastumkehr zugunsten des Patienten genügt, wenn eine Mitursächlichkeit des Behandlungsfehlers in Betracht kommt, solange nicht feststeht, daß dieser nur zu einem abgrenzbaren Schaden geführt hat. Zum Ausschluß der Beweislastumkehr kommt es demgemäß nicht schon dann, wenn die Alleinverursachung durch den Behandlungsfehler äußerst unwahrscheinlich ist, sondern erst, wenn jeglicher Ursachenbeitrag äußerst unwahrscheinlich ist. Der BGH hat dabei darauf abgehoben, daß sich- unter Anwendung von §§ 254, 287 BGB- die Frage einer quantitativen Zerlegung des Gesamtschadens nur dann stellen kann, wenn feststeht, daß das geschädigte Kind auch bei einwandfreier Geburtshilfe mit qualitativ näher bestimmbareren Schäden geboren worden wäre.

Dies ist vorliegend indes nicht der Fall: Die Klägerin hätte, wie der Sachverständige Prof. Sc. deutlich gemacht hat, bei einer sofortigen effizienten Reanimation auch gänzlich ohne ihre jetzigen Schädigungen überleben können. Wenn dies in Anbetracht unter anderem des bereits referierten statistischen Materials auch nicht als überwiegend wahrscheinlich angesehen werden kann, so erscheint diese Möglichkeit jedenfalls aber auch nicht als gänzlich unwahrscheinlich, so daß eine Beweislastumkehr zugunsten der Klägerin für die Kausalität in vollem Umfang zum Zuge kommt.

III.)

Für die infolge des Hirnschadens entstandenen und in der Zukunft noch entstehenden materiellen Schäden der Klägerin hat die Beklagte ohne Entlastungsmöglichkeit bereits auf vertraglicher Grundlage einzustehen. Für die Versäumnisse des Streithelfers zu 1) bzw.

seiner verfassungsmäßig berufenen Vertreter im Amt haftet die Beklagte insoweit nach den Zurechnungsnormen der §§ 31, 89 BGB, für die der Streithelferin zu 4) nach § 278 BGB. Zum Schadensersatz wegen der immateriellen Schäden der Klägerin ist die Beklagte nach § 847 BGB in Verbindung mit §§ 31, 89 BGB bzw. 831 BGB verpflichtet. Einen wirksamen Entlastungsbeweis kann sie im Hinblick auf die Streithelferin zu 4) schon deshalb nicht führen, weil die schadenbringende Tätigkeit auch auf einen Organisationsmangel zurückzuführen war.

Die deliktischen Ansprüche der Klägerin- die sich neben der vertraglichen Anspruchsgrundlage auch auf die materiellen Schäden der Klägerin beziehen- sind nicht verjährt. Zum Zeitpunkt der Klageerhebung am 12. Juni 1987 war die Verjährungsfrist von drei Jahren, § 852 BGB, noch nicht abgelaufen. Dies wäre nur dann der Fall gewesen, wenn die Eltern der Klägerin als deren gesetzliche Vertreter, auf deren Kenntnisstand abzustellen ist, bereits im Juni 1984 von dem Schaden und der Person des Schädigers positive Kenntnis gehabt hätten. Davon kann schon nach dem Vorbringen der Beklagtenseite nicht ausgegangen werden. Die Beklagte und ihre Streithelfer vermögen lediglich auf ein Anwaltsschreiben vom 26. August 1985 zu verweisen, in welchem verschiedene Vorwürfe gegen die Geburtshelfer bzw. die Klinikleitung erhoben worden sind. Diese Beanstandungen rechtfertigen jedoch nicht den Schluß, daß die Eltern der Klägerin bereits ein Jahr zuvor Kenntnis von dem Schaden und etwaigen Behandlungsfehlern erlangt hätten. Abgesehen davon, daß die Klägerin unwiderlegt vorgetragen hat, daß erstmals Zeitungsberichte im Jahre 1985 bei ihren Eltern den Verdacht hatten aufkommen lassen, die Schädigung der Klägerin könne auf Behandlungsfehler zurückzuführen sein, ist auch nicht ersichtlich, woher die Eltern der Klägerin 1984 bereits nähere Anhaltspunkte für Zusammenhänge zwischen der Schädigung ihrer Tochter und einem fehlerhaften Vorgehen bei der Geburt gehabt haben sollten. Die für den Fristbeginn gemäß § 852 BGB erforderliche Kenntnis davon, daß sich bei der Klägerin ein Behandlungsrisiko verwirklicht haben konnte, kann bei ihren Eltern mangels anderweitiger konkreter Anhaltspunkte erst vorausgesetzt werden, nachdem ihrem Anwalt die Krankenunterlagen zugänglich gemacht worden waren. Dies geschah erst im Oktober 1985, so daß die Klage die Verjährungsfrist wirksam unterbrochen hat.	94
Der nicht nachgelassene Schriftsatz der Klägerin vom 26. November 1996 gibt zu einer anderweitigen Beurteilung keinen Anlaß.	95
Die Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 97 Abs. 1, 101 , 708 Nr. 10, 711 ZPO.	96
Wert des Berufungsverfahrens und Beschwer der Beklagten: 558.800,- DM	97
(100.800,- DM + 108.000,- DM +300.000,-	98
- insoweit in Abänderung des Beschlusses des Senats vom 19. Juli 1993- + 50.000,- DM)	99