
Datum: 20.03.1996
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 69/95
ECLI: ECLI:DE:OLGK:1996:0320.5U69.95.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 335/92

Tenor:

Die Berufungen der Beklagten und die Anschlußberufung der Klägerin gegen das am 08.03.1995 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln- 25 O 335/92 - werden zurückgewiesen. Von den gerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens haben die Beklagten als Gesamtschuldner 33% zu tragen. Weitere 65 % der Gerichtskosten des Berufungsverfahrens sind von der Beklagten zu 1) zu tragen. Die Klägerin hat 2% der im Berufungsverfahren entstandenen Gerichtskosten zu tragen. Von den außergerichtlichen Kosten der Klägerin des Berufungsverfahrens tragen die Beklagten als Gesamtschuldner 33% und die Beklagte zu 1) darüber hinaus weitere 65%. Die Klägerin hat 2% der im Berufungsverfahren entstandenen außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 1) zu tragen. Im übrigen tragen die Parteien ihre außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens jeweils selbst. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Die Beklagte zu 1) kann die Vollstreckung durch die Klägerin gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 158.000,- DM abwenden, der Beklagte zu 2) kann die Vollstreckung der Klägerin gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 9.000,- DM abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung in der jeweiligen Höhe Sicherheit leistet. Die Klägerin kann die Vollstreckung durch die Beklagte zu 1) gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 500,- DM abwenden, wenn nicht die Beklagte zu 1) vor der Vollstreckung in dieser Höhe Sicherheit leistet. Der Klägerin und dem Beklagten zu 2) bleibt nachgelassen, die jeweils von ihnen zu leistende Sicherheit auch durch selbstschuldnerische Bürgschaft einer deutschen Großbank oder

Tatbestand:

- 1
- 2 Die Klägerin wurde am 16.07. 1985 in der Universitäts- Frauenklinik K., deren Träger die Beklagte zu 1) ist, geboren. Der Beklagte zu 2) war Direktor der Frauenklinik. Während der Schwangerschaft war die privatversicherte Mutter der Klägerin bei ihm ab Juni 1985 in ambulanter Behandlung gewesen. Am Abend des 16.07. 1985 wurde sie als seine Wahlleistungspatientin in stationäre Behandlung aufgenommen.
- 3 Die im Jahre 1959 geborene Mutter der Klägerin war im November 1984 zum zweiten Male schwanger geworden. Ihr erstes Kind war 1982 geboren worden. Wegen einer schweren Fehlbildung der Nieren und sich daraus ergebender Anlagestörungen sowie multipler Fehlbildungen (sog. PotterSyndrom) war dieses Kind wenige Stunden nach der Geburt gestorben.
- 4 In den ersten Monaten ihrer zweiten Schwangerschaft wurde die Mutter der Klägerin von einem Gynäkologen in Wipperfürth betreut. Ab Anfang Juni 1985 erfolgten die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durch den Beklagten zu 2). Wegen eines dabei festgestellten Hydramnions (vermehrte Fruchtwasserbildung) wurde die Mutter der Klägerin vom 13.06. auf den 14.06. 1985 in der Universitäts- Frauenklinik stationär beobachtet und mit der Diagnose einer grenzwertigen Stoffwechsellage nach Verdacht auf Diabetes mellitus entlassen. Bei der ambulanten Untersuchung am 12.07.1985 - der letzten vor der Geburt der Klägerin- fand sich der Befund eines normalen, dem Schwangerschaftsstadium entsprechenden kindlichen Wachstums bei noch vermehrter Fruchtwassermenge. Als voraussichtlicher Geburtstermin war der 10.8.1985 errechnet worden. Es war mit der Mutter verabredet, eine Schnittentbindung möglichst in Terminnähe durchzuführen.
- 5 Am 16.07.1985 stellte sich die Mutter der Klägerin in der 37. Schwangerschaftswoche gegen 17.30 Uhr in der Universitäts- Frauenklinik vor und berichtete, daß sie seit dem Vortage nur noch wenig Kindsbewegungen verspüre. Es wurde daraufhin ab 17.49 Uhr im Kreißsaal ein Cardiotokogramm (CTG) aufgezeichnet. Der Kurvenverlauf verzeichnete bis 18.27 Uhr keine nennenswerte Wehentätigkeit. Vereinzelte Kindsbewegungen waren nach den Aufzeichnungen nicht sicher auszuschließen. Der Herzfrequenzverlauf des Kindes zeigte einen sog. silenten Kurvenverlauf ohne jegliche Oszillation mit einer Frequenz von 145 bis 150/min. In der Zeit zwischen 18.26 und 18.27 verzeichnete der Kurvenverlauf eine deutliche Kontraktion, verbunden mit einem Frequenzabfall der Herztöne des Kindes von 145 auf 125. Die Herzfrequenz erholte sich bis 18.35 Uhr allmählich auf 140 und erreichte bis 18.45 Uhr wieder die Ausgangsfrequenz, jedoch weiterhin mit einem silenten Kurvenverlauf. Zwischen 18.50 Uhr und 18.55 Uhr kam es zu einem leichten, kurzzeitigen Frequenzabfall mit einer relativ steilen Wiedererholung, um sich dann in einem silenten Kurvenverlauf mit einer Frequenz von etwa 150 fortzusetzen. Das CTG wurde bis ca. 19.13 Uhr ununterbrochen aufgezeichnet. Gegen 19.00 Uhr traf der Beklagte zu 2) im Kreißsaal ein und ordnete strenge Bettruhe sowie ein Kontroll- CTG ab 22.00 Uhr an. Die Mutter der Klägerin verbrachte sodann die nächsten Stunden auf der Station.
- 6 Ab 21.33 Uhr wurde im Kreißsaal erneut ein CTG aufgezeichnet. In der Wehenkurve zeigten sich nunmehr deutliche Kontraktionen in unregelmäßigen Abständen, der Herzfrequenzverlauf war weiterhin silent mit einer Basalfrequenz von etwa 125/min. Im Zuge der Kontraktionen fielen die Frequenzen auf 95- 100/min ab. Ein in dieser Weise in etwa

gleichbleibender Kurvenverlauf wurde bis 22.06 Uhr aufgezeichnet. Um 21.50 Uhr wurde der Beklagte zu 2) telefonisch zu Hause über die Ergebnisse des Kontroll- CTG's informiert. Der Beklagte zu 2) stellte nunmehr die Indikation zur Schnittentbindung und beauftragte die diensthabenden Ärzte mit deren Vorbereitung. In der Zeit zwischen ca. 22.07 und 22.15 Uhr war die CTG- Aufzeichnung unterbrochen. Das ab 22.15 Uhr aufgezeichnete CTG zeigte eine vollkommen normale kindliche Herzfrequenzkurve mit deutlichen Oszillationen bei einer Basalfrequenz von um 120/min. Die neun Minuten zuvor aufgezeichnete Basalfrequenz hatte bei 130/min gelegen. Die Registrierung einer völlig normalen kindlichen Herzfrequenz setzte sich bis 23.19 Uhr fort. Mit Rücksicht auf die vermeintliche Erholung des Kindes wurde mit der Schnittentbindung zunächst noch abgewartet und die Mutter der Klägerin sodann um 23.25 Uhr zur Sectio im Operationssaal gelagert. Die Sectio wurde von dem Beklagten zu 2) durchgeführt. Um 23.43 Uhr wurde die Klägerin klinisch tot geboren. Den im Zuge der Operationsvorbereitungen angeforderten Ärzten- Anästhesisten und Pädiatern -gelang es jedoch, die Klägerin mittels Sauerstoffzufuhr, intrakardialer Applikation von Alupent und Herzmassage wiederzubeleben. Die Apgar- Werte der Klägerin betrugen nach einer Minute 0, nach 5 Minuten 2 und nach 10 Minuten 5. Unter der Beatmung wurde die Klägerin rosig. Ihr Geburtsgewicht wurde mit ca. 2.700 g festgestellt. 45 Minuten nach ihrer Geburt wurde die Klägerin in die Kinderklinik verlegt, wo sie zunächst auf der Intensivstation beatmet und behandelt wurde. Im Verlauf des ersten Lebensstages kam es klinisch und im EEG nachweisbar zu Neugeborenenkrämpfen. Im folgenden trat zunehmend die Symptomatik eines noch offenen Ductus arteriosus Botalli auf, weshalb am 1.8.1985 in der kinderkardiologischen Station eine Duktusligatur durchgeführt wurde. Am 1.8.1985 wurde die Klägerin extubiert, mußte jedoch noch einmal für zwei Tage beatmet und einer Sepsistherapie unterzogen werden, nachdem es am 18.8.1985 zu einem plötzlichen Erbrechen mit Aspiration gekommen war. Klinisch und im EEG zeigten sich weiterhin Krämpfe, welche unter Luminal- Therapie befriedigend beherrscht werden konnten. Insgesamt war die Klägerin auch im weiteren Verlauf sehr schwach und zeigte eine deutliche Retardierung sowie ein pathologisches Reflexverhalten. Am 1.10.1985 wurde die Klägerin in die häusliche Betreuung entlassen.

Die Klägerin ist schwer geschädigt. Im Alter von sieben Jahren konnte sie weder laufen noch stehen noch frei sitzen. Die Bewegungen ihrer Gliedmaßen sind unkoordiniert. Die Klägerin kann nicht sprechen, es liegt weiterhin eine deutliche Sehstörung sowie ein medikamentös schwer einstellbares Anfallsleiden vor. Die Klägerin bedarf ständiger Betreuung und Beaufsichtigung. Eine durchgreifende Besserung ihres Gesundheitszustandes ist nicht zu erwarten. 7

Mit ihrer am 1.12.1992 beim Landgericht Köln erhobenen Klage nimmt die Klägerin die Beklagten als Gesamtschuldner wegen fehlerhafter Geburtsleitung in Anspruch. 8

Die Klägerin hat dazu behauptet: 9

Ihre Mehrfachbehinderungen beruhten auf einem durch Fehlbehandlung in den letzten Stunden vor ihrer Geburt verursachten Sauerstoffmangel, welcher zu einer irreversiblen Hirnschädigung geführt habe. Bei der Geburtsleitung sei gegen elementare Grundsätze der Geburtshilfe verstoßen worden. Die Schnittentbindung sei um nahezu sechs Stunden zu spät erfolgt. Das CTG sei von Beginn an hochgradig pathologisch gewesen, was auf eine schwere kindliche Sauerstoffmangelsituation hingewiesen habe. Demgemäß hätte eine alsbaldige notfallmäßige Schnittentbindung durchgeführt werden müssen. Stattdessen sei über Stunden untätig zugewartet worden, offensichtlich, weil man sie vorzeitig aufgegeben habe. Eine Besserung ihres Zustandes habe sich auch nicht nach 22.15 Uhr ergeben. Bei den von 10

diesem Zeitpunkt an aufgezeichneten Herzfrequenzen habe es sich um die versehentlich aufgenommene Herztätigkeit ihrer Mutter gehandelt, was sofort hätte auffallen müssen, da nicht habe angenommen werden können, daß sie sich zwischenzeitlich erholt habe. Im Falle einer alsbald nach ihrer Aufnahme vorgenommenen Schnittentbindung wäre sie, so hat die Klägerin weiterhin behauptet, ohne Schädigung, jedenfalls aber mit ganz erheblich geringeren Schädigungen geboren worden.

Die Klägerin hat beantragt,	11
##blob##nbs;	12
##blob##nbs;	13
1. die Beklagte zu 1) zu verurteilen,	14
##blob##nbs;	15
##blob##nbs;	16
an sie, die Klägerin, zu Händen ihrer gesetzlichen Vertreter, ein angemessenes Schmerzensgeld, mindestens jedoch 300.000,- DM, dessen Höhe im übrigen in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst 4% Zinsen seit dem 19.02.1992 zu zahlen,	17
##blob##nbs;	18
##blob##nbs;	19
2. festzustellen, daß die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet seien, ihr, der Klägerin, 20 allen materiellen Schaden zu ersetzen, der ihr im Zusammenhang mit ihrer Geburt in der Vergangenheit bereits entstanden ist , gegenwärtig entsteht und in Zukunft noch entstehen wird, soweit Ersatzansprüche nicht auf Sozialleistungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen.	20
Die Beklagten haben beantragt,	21
##blob##nbs;	22
##blob##nbs;	23
die Klage abzuweisen.	24
##blob##nbs;	25
##blob##nbs;	26
##blob##nbs;	27
Sie haben das ärztliche Vorgehen im Zusammenhang mit der Geburt der Klägerin als den Regeln geburtshilflicher Behandlung entsprechend verteidigt. Zwar sei das CTG der Klägerin zutreffend als pathologisch eingeschätzt worden. Jedoch habe sich eine frühere Schnittentbindung der Klägerin verboten, da die Klägerin in diesem Falle mit Sicherheit nach der Geburt verstorben wäre. Es sei eine sog. intrauterine Reanimation - durch Beobachtung der Mutter bei Bettruhe- durchgeführt worden. Mit diesem mit ihnen besprochenen Vorgehen seien die Eltern der Klägerin einverstanden gewesen. Tatsächlich habe sich die Situation der	28

Klägerin in den letzten anderthalb Stunden vor ihrer Geburt auch normalisiert, wie das ab 22.15 Uhr aufgezeichnete CTG zeige. Ursache der Behinderungen der Klägerin sei eine Sauerstoffmangelversorgung gewesen, die bereits vor der Aufnahme der Mutter der Klägerin bestanden und sich in den mangelnden Kindsbewegungen während der letzten zwei Tagen vor der Geburt der Klägerin gezeigt habe.	
Die Beklagte zu 1) hat darüber hinaus die Einrede der Verjährung erhoben.	29
Das Landgericht hat ein schriftliches Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. med. B. eingeholt, welches dieser vor dem Landgericht mündlich erläutert hat.	30
Durch Urteil vom 8.03.1995 hat das Landgericht dem Feststellungsantrag der Klägerin gegenüber beiden Beklagten vollen Umfanges entsprochen und der Klage gegen die Beklagte zu 1) insoweit stattgegeben, als es der Klägerin ein Schmerzensgeldkapital von 100.000,- DM sowie eine lebenslange monatliche Rente von 800,- zugesprochen hat. Es hat sich dabei auf den Standpunkt gestellt, daß den mit der Geburt der Klägerin befaßten Ärzten unter Einschluß des Beklagten zu 2) elementare Verstöße gegen anerkannte Grundsätze der Geburtshilfe vorzuwerfen seien. Angesichts des hochgradig pathologischen CTG`s habe die Schnittentbindung spätestens um 18.30 Uhr durchgeführt werden müssen. Das stundenlange Zuwarten sei unter keinem medizinischen Standpunkt vertretbar oder auch nur verständlich gewesen. Ob die infolgedessen andauernde Sauerstoffmangelsituation die Mehrfachbehinderungen der Klägerin in vollem Umfang verursachte oder ob nicht bereits bei der Aufnahme der Mutter eine Vorschädigung des Gehirns der Klägerin vorlag, sei zwar zweifelhaft geblieben. Jedenfalls aber sei die Fehlbehandlung generell geeignet gewesen, den bei der Klägerin eingetretenen Schaden herbeizuführen. Da das ungerechtfertigte Hinauszögern der Schnittentbindung als elementarer Behandlungsfehler zu bewerten sei, kämen der Klägerin Beweiserleichterungen zugute mit der Folge, daß die Beklagten den Gegenbeweis für das Fehlen eines Kausalzusammenhanges führen müßten. Dieser Beweis sei ihnen indes nicht gelungen.	31
Die von der Beklagten zu 1) erhobene Einrede der Verjährung hat das Landgericht für nicht durchgreifend erachtet.	32
Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf das angefochtene Urteil Bezug genommen.	33
Gegen dieses den Beklagten am 22.3.1995 zugestellte Urteil hat die Beklagte zu 1) am 20.4.1995 Berufung eingelegt und ihr Rechtsmittel mit einem am 21.6.1995 beim Oberlandesgericht eingegangenen Schriftsatz begründet, nachdem die Frist zur Berufungsbegründung auf ihren rechtzeitig gestellten Antrag bis zum 22.6.1995 verlängert worden war.	34
Der Beklagte zu 2) hat gegen das landgerichtliche Urteil am Montag, den 24.4.1995 Berufung eingelegt und sein Rechtsmittel mit einem ebenfalls am 21.6.1995 eingegangenen Schriftsatz begründet , nachdem ihm hierfür Fristverlängerung bis zum 26.6.1995 gewährt worden war.	35
Die Klägerin, der das erstinstanzliche Urteil am 22.3.1995 zugestellt worden ist, hat hiergegen am 24.4.1995 Berufung eingelegt und ihr Rechtsmittel am 26.6.1995 nach Fristverlängerung bis zu diesem Tag begründet.	36
Die Beklagte zu 1) erhebt erneut die Einrede der Verjährung.	37
Im übrigen wiederholen und ergänzen beide Beklagten ihr erstinstanzliches Vorbringen.	38

Die Beklagte zu 1) trägt vertiefend vor, daß der bei der pathologischen Untersuchung der Plazenta gefundene Thrombus, der mindestens zwei bis drei Tage alt gewesen sei, darauf schließen lasse, daß schon zum Zeitpunkt der Aufnahme der Mutter der Klägerin am 16.7.1985 eine irreversible Hirnschädigung bei der Klägerin vorgelegen habe. Bis zur Entbindung sei keine wesentliche Verschlechterung mehr eingetreten.	39
Die Berufungsangriffe des Beklagten zu 2) richten sich ferner gegen das Gutachten des Sachverständigen B.. Er bestreitet, daß sich der Kurvenverlauf des CTG`s in der Zeit bis 22.05 Uhr verschlechtert habe, wie der Sachverständige gemeint hat, und wiederholt seine Behauptung, daß das nach 22.15 Uhr aufgezeichnete CTG von der Klägerin stamme.	40
Die Beklagte zu 1) beantragt,	41
##blob##nbsp;	42
##blob##nbsp;	43
die angefochtene Entscheidung abzuändern und die Klage abzuweisen,	44
##blob##nbsp;	45
##blob##nbsp;	46
sowie die Anschlußberufung der Klägerin zurückzuweisen.	47
Der Beklagte zu 2) beantragt,	48
##blob##nbsp;	49
##blob##nbsp;	50
1. unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen,	51
##blob##nbsp;	52
##blob##nbsp;	53
2. hilfsweise ,	54
##blob##nbsp;	55
##blob##nbsp;	56
ihm nachzulassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung auch durch Bürgschaft einer Bundesdeutschen Großbank oder Versicherungsgesellschaft abzuwenden.	57
Die Klägerin beantragt,	58
##blob##nbsp;	59
##blob##nbsp;	60
die Berufungen der Beklagten zurückzuweisen,	61
sowie auf ihre Anschlußberufung	62

##blob##nbsp;	63
##blob##nbsp;	64
die Beklagte zu 1) über den bereits zuerkannten Schmerzensgeldbetrag hinaus zu verurteilen, an die Klägerin zu Händen ihrer Eltern ein weiteres Schmerzensgeld, mindestens jedoch weitere 200.000,- DM, dessen Höhe im übrigen in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, nebst 4 % Zinsen seit dem 16.2.1992 unter Aufhebung der Rentenzahlungsverpflichtung zu zahlen,	65
##blob##nbsp;	66
##blob##nbsp;	67
vorsorglich,	68
##blob##nbsp;	69
##blob##nbsp;	70
der Klägerin zu gestatten, Sicherheitsleistung durch selbstschuldnerische Bürgschaft einer deutschen Großbank oder eines Sparkasseninstituts erbringen zu dürfen.	71
Die Klägerin tritt den Berufungsangriffen der Beklagten entgegen und verteidigt insoweit das angefochtene Urteil. Sie bestreitet, daß mit ihren Eltern über die alternative Möglichkeit gesprochen worden sei, eine sofortige Sectio durchzuführen oder zunächst eine Ruhephase für die Mutter zwecks intrauteriner Erholung des Kindes anzuordnen. Den Eltern gegenüber sei stets nur von einem "schlafenden Kind" die Rede gewesen.	72
Mit ihrer Anschlußberufung vertritt die Klägerin den Standpunkt, daß eine Schmerzensgeldrente ihren Interessen nicht gerecht werde. Sie ziehe es vor, einen der Schwere ihrer Schädigungen entsprechenden größeren Geldbetrag zinsgünstig anzulegen, zumal es zweifelhaft sei, ob der allgemein übliche Kapitalisierungsfaktor angesichts einer möglicherweise eingeschränkten Lebenserwartung der Klägerin anwendbar sei.	73
Wegen aller weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze und deren Anlagen verwiesen.	74
E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e	75
Die Berufungen aller Parteien sind zulässig, insbesondere sind sie frist- und formgerecht eingelegt und in der rechten Weise begründet worden. Als zeitlich nach der Berufung der Beklagten zu 1) eingegangenes Rechtsmittel stellt die Berufung der Klägerin eine-selbständige- Anschlußberufung dar.	76
In der Sache sind weder die Berufungen der Beklagten noch die Anschlußberufung der Klägerin gerechtfertigt.	77
Das Landgericht hat zu Recht und mit zutreffender Begründung eine Haftung der Beklagten für die mit Mehrfachbehinderungen verbundene Hirnschädigung der Klägerin wegen fehlerhafter Geburtsleitung bejaht und dabei auch die Aufteilung des von der Beklagten zu 1) zu leistenden Schmerzensgeldes in Kapital und Rente in angemessener Weise vorgenommen. Dabei ist das Landgericht zutreffend davon ausgegangen, daß auch das	78

ungeborene Kind sowohl vor als auch in der Geburt deliktischen wie auch vertraglichen Schutz seiner körperlichen und gesundheitlichen Integrität genießt.

I.) Zu den Berufungen der Beklagten:

79

1) Die Beklagte zu 1) haftet der Klägerin aus §§ 831, 847 BGB bzw. §§ 823 Abs. 1, 31, 847 BGB auf Schmerzensgeld und Ersatz ihres - noch nicht abschließend bezifferbaren- materiellen Schadens. Die Beklagte zu 1) hat für den Hirnschaden der Klägerin und die dadurch bedingten Folgen einzustehen, weil ihre mit der Geburt der Klägerin befaßten Ärzte, namentlich auch der Beklagte zu 2), bei der Geburtsleitung in elementarer Weise gegen anerkannte Grundsätze der Geburtshilfe verstoßen haben.

80

Aufgrund des erstinlich erstatteten Gutachtens des Sachverständigen Prof. B., dessen hohe fachliche Kompetenz dem Senat bereits aus früheren Prozessen bekannt ist, ist auch der Senat davon überzeugt, daß die mit der Geburtsleitung am 16.7.1985 befaßten Ärzte, darunter der Beklagte zu 2), gegen anerkannte geburtshilfliche Grundsätze verstießen, indem sie die Schnittentbindung der Klägerin zu lange hinauszögerten. Aus dem unmittelbar nach der Aufnahme der Mutter der Klägerin ab 17.49 Uhr aufgezeichneten CTG ließ sich zweifelsfrei entnehmen, daß sich die Klägerin, wie es der Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten vom 25.5.1994 formuliert hat, in allerhöchster Gefahr befand. Das CTG war hochgradig pathologisch, indem es einen sog. silenten Kurvenverlauf ohne jede Oszillation verzeichnete. Durch die Kontraktion in der Zeit zwischen 18.26 und 18.27 fiel die bis dahin gemessene kindliche Herzfrequenz zudem von bis dahin durchgängig 145 bis 150 /min. auf 125 ab und erholte sich nur langsam. Erst um 18.45 Uhr war die Ausgangsfrequenz wieder erreicht, wobei es jedoch bei dem silenten Kurvenverlauf blieb. In Anbetracht der Tatsache, daß von der Mutter der Klägerin berichtet worden war, seit dem Vortage nur noch geringe Kindsbewegungen zu verspüren, war, wie Prof. B. einleuchtend dargelegt hat, keine Zeit mehr zu verlieren. Es hätte deshalb um 18.30 Uhr, nachdem der Kurvenverlauf über eine halbe Stunde gleichbleibend schlecht gewesen war, zur Sectio geschritten werden müssen. Für das von dem Beklagten zu 2) angeordnete Abwarten bestand keinerlei Indikation. Eine spontane Besserung im Wege intrauteriner Reanimation, wie sie nach der Darstellung der Beklagten Ziel der von ihm verordneten Bettruhe auf der Station gewesen sein soll, war unter den gegebenen Umständen nicht zu erwarten. Wie Prof. B. plausibel erklärt hat, wird eine solche Behandlungsmethode ausschließlich in Fällen drohender Frühgeburt angewandt. Durch die Gabe wehenhemmender Mittel wird bei vorzeitiger Wehentätigkeit versucht, die Frucht zu halten, um ihr auf diese Weise eine Chance zu weiterer intrauteriner Entwicklung und Reifung zu geben. Die in der 37. Schwangerschaftswoche befindliche Klägerin indes war reif; ihr drohte keine Gefahr durch vorzeitige Wehen- anfangs war eine Wehentätigkeit ohnehin nur sehr schwach vorhanden-, sondern sie befand sich in einer Sauerstoffmangelsituation, die nur noch mit Hilfe einer alsbaldigen Schnittentbindung behoben werden konnte. Der Einwand des Beklagten zu 2), eine zu dem von dem Sachverständigen vorgeschlagenen Zeitpunkt erfolgte Schnittentbindung wäre für die Klägerin zu gefährlich gewesen und hätte deren Tod bedeutet, läßt sich nicht nachvollziehen. Aus den mündlich zum Teil noch näher erläuterten Ausführungen von Prof. B. ergibt sich, daß es der Klägerin um 23.43 Uhr, als sie schließlich geboren wurde, keineswegs besser, sondern nachweisbar schlechter ging, nachdem sie mehr als weitere fünf Stunden in Sauerstoffnot verbracht hatte. Zu dem weiterhin silenten Kurvenverlauf waren nun weitere Kontraktionen hinzugekommen, die in der Zeit nach 21.36 Uhr zu Frequenzabfällen von 95 bis 100 / min. geführt hatten. Hierdurch wurde der pathologische Zustand eindeutig verstärkt. Gleichwohl hat die Klägerin die Sectio überstanden, wenn auch nur mit Hilfe intensivster Wiederbelebungsversuche. Daß diese bei einem besseren Zustand der Klägerin ca. fünf

81

Stunden zuvor erst recht erfolgreich gewesen wären, ist äußerst wahrscheinlich. Wie wenig stimmig die Argumentation der Beklagten ist, zeigt sich daran, daß der Beklagte zu 2) dem Geburtsprotokoll zufolge um ca. 21.50 Uhr die Anordnung zur Sectio getroffen hatte, zu einem Zeitpunkt also, zu dem das CTG unverändert schlecht war bzw. sich noch weiterhin verschlechtert hatte.

Der in der Zeit nach 22.15 Uhr aufgezeichnete Kurvenverlauf, der scheinbar völlig normale kindliche Herzfrequenzen verzeichnete, stützt die Überlegungen der Beklagten in keiner Weise. Denn hierbei handelte es sich mit Sicherheit nicht um die Herzfrequenzkurve der Klägerin, wie Prof. B. zweifelsfrei dargelegt hat. Eine derart durchgreifende Erholung innerhalb weniger Minuten ist nach der Einschätzung wie auch nach den Erfahrungen des Sachverständigen nicht möglich. Dagegen spricht auch eindringlich der schlechte Zustand der Klägerin bei der Geburt. Es kommt, wie der Sachverständige bei seiner mündlichen Anhörung durch das Landgericht erläutert hat, hinzu, daß, nach dem CTG- Streifen zu urteilen, die synchron aufgezeichnete Wehentätigkeit in der Zeit nach 22.15 Uhr keine Auswirkungen auf die kindlichen Herzfrequenzen gehabt hätte, was zumindest auffällig ist, zumal alle bis dahin verzeichneten Kontraktionen jeweils von einem - zum Teil nachhaltigen - Frequenzabfall begleitet gewesen waren.

82

Um wessen Herzfrequenzen es sich bei der ab 22.15 Uhr aufgezeichneten Kurve handelte, bedarf keiner abschließenden Klärung. Zwei Möglichkeiten erscheinen hierfür denkbar: Es könnte sich um die Herzfrequenz eines anderen Kindes handeln. Dies würde indes, da das CTG entgegen früheren Vermutungen der Eltern der Klägerin auf einem fortlaufenden Originalstreifen mit unbeschädigter Perforierung aufgezeichnet ist, wohl einen zwischenzeitlichen Austausch des Aufnahmegerätes voraussetzen, für den sich keine Anhaltspunkte ergeben. Wahrscheinlich ist, wie Prof. B. bei seiner mündlichen Anhörung plausibel dargelegt hat, daß versehentlich über der Bauchorta die Herzfrequenz der Mutter der Klägerin aufgezeichnet wurde, was infolge einer Verschiebung des auf dem Bauch angebrachten Rezeptors geschehen sein kann. Solche Versehen sind von dem Sachverständigen in der Praxis auch bereits beobachtet worden. Liegt bei der Gebärenden keine Herzkrankheit vor, werden ihre Herzfrequenzen- anders als die des Feten- durch die Wehentätigkeit normalerweise auch nicht beeinflußt. Da schließlich bei der Mutter der Klägerin ausweislich des Narkoseprotokolls die Herzfrequenz bei über 140 /min. lag, kann ihr, worauf Prof. B. schon in seinem schriftlichen Gutachten hingewiesen hat, die nach 22.15 Uhr aufgezeichnete Herzfrequenzkurve mit Wahrscheinlichkeit zugeordnet werden. Wie hoch der Wahrscheinlichkeitsgrad ist, kann dahinstehen; entscheidend ist, daß nach den überzeugenden Darlegungen des Sachverständigen, die durch die Berufungsangriffe insbesondere auch des Beklagten zu 2) nicht erschüttert worden sind, die Aufzeichnungen jedenfalls mit Sicherheit nicht die Herzfrequenzen der Klägerin betreffen.

83

Die Hinauszögerung der Schnitttentbindung um mehr als fünf Stunden hat das Landgericht zutreffend als groben Behandlungsfehler gewertet. Nach der Rechtsprechung des BGH (vgl. etwa BGH NJW 1992, 754) liegt ein grober Behandlungsfehler vor, wenn gegen elementare Behandlungsregeln bzw. gegen elementare Erkenntnisse der Medizin verstoßen wird und das Fehlverhalten auf diese Weise aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich ist. Diese Beurteilung trifft vorliegend zu. Mit dem Hinauszögern der Sectio waren für die Klägerin keinerlei Besserungsaussichten verbunden; ihr anhaltend bedrohlicher Zustand konnte sich durch das Abwarten nur weiter verschlechtern, wie es sich im CTG auch angedeutet hat. Der Beklagte zu 2) hat den hochpathologischen Zustand tatsächlich auch erkannt. Dies belegt seine erstinstanzliche Darstellung, es habe sich bei dem ab 17.30 Uhr abgeleiteten CTG um das einer Sterbenden gehandelt. Unverständlich ist, wie gleichwohl in dieser Situation ohne

84

Hilfe von außen Besserung erwartet werden konnte, zumal sich aus den bereits ausgeführten Gründen die Überlegung einer möglichen intrauterinen Reanimation ernsthaft nicht stellen konnte. Nicht nachvollziehbar ist unter der Prämisse einer erhofften Besserung insbesondere auch, daß die Mutter der Klägerin für gut zwei Stunden ohne jegliche CTG- Kontrolle in ihrem Zimmer verblieb.

Ob auch die krasse Fehleinschätzung der nach 22.15 Uhr aufgezeichneten Herzfrequenzen einen groben Pflichtverstoß beinhaltet, mag allein deshalb zweifelhaft sein, weil diese Frage in den Bereich der Diagnostik hineinspielt und Irrtümer auf diesem Gebiet, auch wenn sie schwerwiegend sind, nicht ohne weiteres mit groben Behandlungsfehlern gleichzusetzen sind. Immerhin kannte der Sachverständige, der mit Sicherheit nicht über eine längere Berufserfahrung verfügt als der Beklagte zu 2), solche Versehen aus der Praxis, so daß es von daher nahe liegt, daß sich der Gedanke an ein falsches Ansetzen des Aufnahmegerätes unter den gegebenen Umständen hätte aufdrängen müssen. 85

Das hier praktizierte geburtshilfliche Management wäre lediglich dann anders zu beurteilen, wenn die Mutter der Klägerin ihre Zustimmung zur Schnittentbindung in Kenntnis der für die Klägerin lebensbedrohlichen Gefahr verweigert hätte. Dies wird von den Beklagten indes nicht behauptet, so daß es nicht auf die widerstreitenden Darstellungen der Parteien zu den angeblichen Erklärungen des Beklagten zu 2) ankommt. Die von dem Beklagten zu 2) bereits erstinstanzlich vorgetragene Darstellung, die Eltern der Klägerin seien mit dem Vorgehen einverstanden gewesen, genügt nicht, um das Hinauszögern der Schnittentbindung zu rechtfertigen. Daß nämlich den Eltern der Klägerin klargemacht worden war, daß zur Rettung des Kindes in seinem gegenwärtigen, womöglich schon schwer geschädigten Zustand ausschließlich eine sofortige Schnittentbindung indiziert war, während von einem Abwarten nur eine weitere Verschlechterung und - wie der Sachverständige ausgeführt hat- nach wenigen weiteren Stunden der Tod erwartet werden konnte, ergibt sich aus dem Vorbringen des Beklagten zu 2) nicht. Nur dann wäre aber die Verantwortung für den weiteren Verlauf von allen Beteiligten gemeinsam übernommen worden. 86

Bei der Klägerin liegt ein schweres cerebrales Restschadenssyndrom vor, welches durch schwere Bewegungsstörungen, durch eine schwere Sprachentwicklungsstörung, eine partielle Sehstörung und durch Epilepsie gekennzeichnet ist. Dies hat der pädiatrische Sachverständige Prof. Sch. in seinem von den Eltern der Klägerin eingeholten Privatgutachten vom 24.2.1992 aufgrund eigener Untersuchung der Klägerin am 18.2.1992 festgestellt. Von den Beklagten werden diese Befunde nicht mit erheblichem Vorbringen bestritten. 87

Wie sich aus dem vorgenannten Gutachten- an dessen hoher Qualifikation und Neutralität der Senat, der Prof. Sch. für derlei Beweisfragen selbst häufig beauftragt, keinerlei Zweifel hat- ergibt, sprechen alle Befunde und Verlaufsbeschreibungen dafür, daß es sich bei der Schädigung der Klägerin um eine peripartuale Hirnschädigung infolge von Sauerstoffmangel handelt. Dabei hat Prof. Sch. auch berücksichtigt, daß das erste Kind der Eltern der Klägerin eine schwere Fehlbildung in Form der Potter- Sequenz hatte und bei der Klägerin ein Hydramnion einerseits sowie ein postnatal offen gebliebener Ductus Botalli andererseits vorlag. Aufgrund sehr sorgfältiger Analyse ist Prof. Sch. indes zu dem überzeugenden Schluß gelangt, daß die bildgebenden Untersuchungen, das auf seine Veranlassung abgeleitete EEG mit seiner fokalen cerebralen Krampfaktivität wie schließlich auch der typische Verlauf mit einem schwerwiegenden Durchgangssyndrom sich mit einer Fehlbildung nicht erklären ließen, sondern nach wissenschaftlicher Erkenntnis auf eine perinatale Asphyxie bei einem nahezu reifen Kind zurückzuführen seien. Auch insoweit ist von den Beklagten nichts 88

Gegenteiliges von Gewicht geltend gemacht worden.

Ist demnach davon auszugehen, daß die schwere Hirnschädigung in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Geburt der Klägerin entstanden ist, so läßt sich indes nicht sicher beurteilen, ob bei der Klägerin nicht bereits eine Hirnschädigung vorlag, als die Mutter am 16.7.1985 gegen 17.30 Uhr die Universitäts -Frauenklinik aufsuchte. Der von ihr als beunruhigend empfundene Rückgang der Kindsbewegungen und das ab 17.49 Uhr aufgenommene hochpathologische CTG lassen eine solche Deutung zu, sind andererseits freilich kein absoluter Beweis für eine bereits zu diesem Zeitpunkt eingetretene irreversible Hirnschädigung, wie Prof. B. bei seiner Anhörung durch das Landgericht dargelegt hat. Der Sachverständige hat bei dieser Gelegenheit auch darauf hingewiesen, daß ein Gefäßverschuß im Bereich der Plazenta Ursache für den Sauerstoffmangel gewesen sein kann, wofür der bei der pathologischen Untersuchung der Plazenta gefundene Thrombus möglicherweise - aber nicht zweifelsfrei - in Betracht komme. Sicher ist demgegenüber, daß die Schädigungsursache, der Sauerstoffmangel, bis zur Entbindung noch rund sechs Stunden fortwirkte, wovon der Zeitraum ab 18.30 Uhr aus den oben ausgeführten Gründen in die Verantwortung der Beklagten fällt. Festgestellt ist in diesem Zeitraum außerdem eine Verschlechterung der im CTG aufgezeichneten vitalen Daten der Klägerin, wobei dies allerdings nicht notwendig Anzeichen einer Vergrößerung der Hirnschädigung sein muß.

89

Wie der Senat aus seiner Vorbefassung mit zahlreichen Geburtsschadensfällen weiß, läßt sich auch mit Hilfe von Sachverständigen eine sichere Abgrenzung im Nachhinein nicht erzielen. Es verbleibt immer ein gewichtiger Rest von Ungewißheit darüber, ab welchem Zeitpunkt eines länger dauernden Sauerstoffmangelzustandes eine irreversible Schädigung des Gehirns eingetreten ist bzw. welcher Umfang einer solchen Schädigung welchen Zeiträumen zuzuordnen ist. Zu der Einholung eines neuropädiatrischen Sachverständigengutachtens hat sich der Senat aus diesem Grunde nicht veranlaßt gesehen, worauf die Parteien in der Berufungsverhandlung auch bereits hingewiesen worden sind.

90

Die nach allem verbleibenden Zweifel an der Kausalität gehen zu Lasten der Beklagten. Denn das Feststehen von groben Behandlungsfehlern führt nach der Rechtsprechung des BGH (vgl. aus jüngster Zeit BGH NJW 1995, 778), der sich der Senat angeschlossen hat, dann zu einer Beweislastumkehr zugunsten des Patienten, wenn die Schädigung ihrer Art nach mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für eine kausale Verknüpfung mit dem Behandlungsfehler spricht. Ihre Rechtfertigung findet die so begründete Beweislastumkehr darin, daß wegen der besonderen Schadensneigung des Behandlungsfehlers das Spektrum der für den Schaden in Betracht kommenden Ursachen erweitert oder verschoben wird (BGH NJW 1983, 333; NJW 1994, 801).

91

Diese Voraussetzungen liegen hier vor:

92

Als Folge des grob behandlungsfehlerhaften Zuwartens mit der Schnittentbindung über einen Zeitraum von mehr als fünf Stunden hat sich einerseits der Sauerstoffmangelschaden der Klägerin mit Wahrscheinlichkeit zumindest vergrößert, andererseits ist es gerade die Hinauszögerung der zu einem früheren Zeitpunkt gebotenen Sectio, die eine Feststellung unmöglich macht, ob zu dem handlungspflichtigen Zeitpunkt bereits eine Schädigung vorlag oder nicht. Damit liegt die typische Situation einer durch den groben Behandlungsfehler bedingten Beweisnot vor, so daß - gleichsam insoweit als Restitution- die Nichterweislichkeit für das von ihnen behauptete Fehlen eines Kausalzusammenhanges zwischen der fehlerhaften Geburtsleitung und dem Schaden der Klägerin zu Lasten der Beklagten geht.

93

94

Die auf deliktischer Grundlage beruhenden Ansprüche der Klägerin- der Schmerzensgeldanspruch und die mit der gemäß § 256 ZPO zulässigen Feststellungsklage geltend gemachten, derzeit noch nicht bezifferbaren materiellen Schadensersatzansprüche- sind auch nicht verjährt.

Die gemäß § 852 BGB für den Beginn der dreijährigen Verjährungsfrist maßgebliche Kenntnis des Geschädigten bzw. seines gesetzlichen Vertreters vom Schaden und von der Person des Schädigers liegt bei Arzthaftungsansprüchen erst dann vor, wenn dem Geschädigten oder den für ihn handelnden Personen die wesentlichen Umstände des Behandlungsverlaufs, ein vom Standard abweichendes ärztliches Vorgehen, der Eintritt von Komplikationen wie auch die zu deren Beherrschung angewandten Maßnahmen bekannt sind; ein bloßer Verdacht reicht nicht aus (BGH NJW 1994, 661). Solche Kenntnis von der Verwirklichung des Behandlungsrisikos hatten die Eltern der Klägerin nicht vor September 1990, so daß die am 1.12. 1992 zugestellte Klage die Verjährungsfrist rechtzeitig unterbrochen hat. Unstreitig lagen den Eltern der Klägerin erst zu diesem Zeitpunkt die Krankenakten der Kinderklinik vor, aus denen sie nähere Anhaltspunkte dafür gewinnen konnten, daß bei der Geburt der Klägerin Behandlungsfehler unterlaufen waren. Insbesondere ergaben sich erst aus diesen Akten Gesichtspunkte dafür, daß mit der Schnittenbindung zu lange gezögert worden war, wie vor allem durch den Vermerk, daß das CTG in der letzten Phase vermutlich Aufzeichnungen über die Herzfrequenzen der Mutter anstelle des Kindes vorgenommen hatte. Auch wenn sich dies nunmehr als untergeordnete Schadensursache darstellt, haben jedenfalls ersichtlich die hieraus gewonnenen Erkenntnisse bewirkt, daß den Eltern der Klägerin bewußt wurde, daß die Schädigung der Klägerin auf Fehler bei der Geburtsleitung zurückzuführen sein könne. Diese Erkenntnis wurde durch die Krankenakten der Frauenklinik nicht vermittelt; so enthält insbesondere der Operationsbericht des Beklagten zu 2) keinen deutlichen Hinweis darauf, daß das CTG schon von Beginn an hochpathologisch war und damit Anlaß zu erheblich früherer Schnittenbindung gegeben hätte. Nach den in dem Operationsbericht ferner enthaltenen Beschreibungen des ärztlichen Vorgehens - einschließlich der Erwähnung des vermeintlich vollständig normalisierten CTG's - mußte der Eindruck einer korrekten, den jeweiligen Befunden angepaßten Geburtsleitung entstehen. Auf einen in dieser Situation als unbegründet erscheinenden Verdacht brauchten die Eltern der Klägerin keine Klage zu stützen, so daß es unschädlich ist, daß ihnen die Akten der Universitäts- Frauenklinik von dem Beklagten zu 2) bereits mit Schreiben vom 5.9.1988 zur Verfügung gestellt worden waren.

95

2) Aus den vorstehenden Gründen ergibt sich, daß der gegen den Beklagten zu 2) gerichtete Feststellungsantrag ebenfalls begründet ist. Als beamteter Direktor der Beklagten zu 1) haftet der Beklagte zu 2) zwar nicht auf deliktischer Grundlage, da er sich insoweit auf das Verweisungsprivileg des § 839 Abs. 1 S. 2 BGB berufen kann. Seine Einstandspflicht gründet sich jedoch auf sog. positive Forderungsverletzung des mit der Mutter der Klägerin geschlossenen Behandlungsvertrages. Diese Haftung, welche die mit der Feststellungsklage geltend gemachten materiellen Schäden umfaßt, tritt gesamtschuldnerisch, § 840 BGB, neben die Einstandspflicht der Beklagten zu 1) für die materiellen Schäden der Klägerin.

96

II.) Zur Anschlußberufung der Klägerin:

97

Die Anschlußberufung der Klägerin ist ihrerseits unbegründet. Die vom Landgericht vorgenommene Bemessung und Aufteilung des Schmerzensgeldes in ein Schmerzensgeldkapital von 100.000,- DM und eine lebenslange Rente von 800,- DM monatlich ist nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung des aus der allgemeinen

98

Sterbetafel für die Bundesrepublik Deutschland 1970/9172 (abgedr. bei Geigel/Schlegelmilch, Der Haftpflichtprozeß, 19. Aufl. , Anhang I) entnommenen Kapitalisierungsfaktors von 19,4297- bezogen auf den Stichtag 1.6.1995- ergibt sich ein rechnerisch annähernd den Vorstellungen der Klägerin entsprechender Schmerzensgeldbetrag von insgesamt 286.525,12 DM. Der Senat hält diesen Betrag ebenso wie dessen Aufteilung in Kapital und Rente unter den hier obwaltenden Umständen für angemessen. Konkrete Anhaltspunkte dafür, daß etwa wegen einer geringem Lebenserwartung der Klägerin dieser rechnerische Betrag- der bei individuell höherer Lebenserwartung tatsächlich weitaus höher liegen kann- unrealistisch ist, hat die Klägerin nicht geltend gemacht.

Die Höhe des Schmerzensgeldes ist nach dem Geldbetrag zu bemessen, der erforderlich erscheint, um dem Geschädigten einen Ausgleich für die von ihm erlittenen Beeinträchtigungen und Schmerzen sowie die infolge seiner Schädigung entgangene Lebensfreude zu bieten. Der Verletzte soll durch das Schmerzensgeld in die Lage versetzt werden, sich Erleichterungen und Annehmlichkeiten zu verschaffen, die ihm helfen, seine Schädigung besser zu ertragen.

99

Wie dies geschehen kann, ist im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Bedürfnisse des jeweiligen Kindes zu entscheiden. Den Eltern des Kindes fällt alsdann die Verantwortung zu, die Mittel ausschließlich im Interesse des Kindes zu verwenden. Hervorzuheben ist, daß das Schmerzensgeld z.B. nicht dafür gedacht ist, Heilmethoden, die noch keine medizinische Anerkennung gefunden haben, für das Kind zu finanzieren. Wissenschaftlich anerkannte Heilmaßnahmen werden durch den von dem Schädiger zu leistenden materiellen Schadensersatz abgedeckt. Für Maßnahmen, die nicht erstattungsfähig sind, weil sie sich als zwecklos oder unangemessen darstellen, dient nicht etwa das Schmerzensgeld als Auffangtatbestand. Sein bestimmungsgemäßer Zweck ist es allein, dem geschädigten Kind durch besondere Zuwendungen einen- wenn auch zwangsläufig unvollkommenen- Ausgleich dafür zu verschaffen, daß es durch seine geburtsbedingten Schädigungen an all dem, was einem gesunden Menschen Lebensfreude und Antrieb vermittelt, nicht oder nur in sehr beschränktem Maße teilhaben kann.

100

In Anbetracht der schweren Hirnschädigung der Klägerin, die es ihr niemals erlauben wird, ein normales Leben zu führen, ist zur Entschädigung einerseits ein hoher Betrag erforderlich. Andererseits entspricht es in Fällen der vorliegenden Art der Rechtsprechung des Senats, das Schmerzensgeld nicht in einem einmaligen Kapitalbetrag zuzusprechen, sondern daneben auf eine lebenslange Rente zu erkennen. Dabei läßt sich der Senat von der Erwägung leiten, daß eine Schmerzensgeldrente dann angebracht ist, wenn sich bei dem Geschädigten eine lebenslange Beeinträchtigung immer wieder erneuert und immer wieder schmerzlich empfunden wird. So verhält es sich auch bei der Klägerin: Aus dem bereits erwähnten Gutachten des Sachverständigen Prof. Sch. geht hervor, daß die Klägerin ihre Umwelt trotz ihrer schweren geistigen Behinderung und ihrer Sehstörung durchaus wahrnimmt und schmerzliche wie andererseits auch freudige Empfindungen erlebt. Bei schwerstgeschädigten Kindern wie hier kommt nach den Einschätzungen und Erfahrungen des Senats noch hinzu, daß eine fortlaufend zu zahlende Rente besser als ein einmalig zu zahlendes Kapital die Gewähr dafür bietet, daß das Schmerzensgeld ausschließlich im Interesse des Kindes eingesetzt wird. Welche Bedürfnisse das geschädigte Kindes im Laufe seines Lebens entwickeln wird und wie sich insbesondere auch seine äußeren Daseinsbedingungen gestalten werden, ist zu dem verhältnismäßig am Anfang seines Lebens stehenden Zeitpunkt, in welchem über die Zuteilung eines Schmerzensgeldes zu entscheiden ist und alsdann über seine Verwendung bestimmt wird, im allgemeinen noch gar

101

nicht abzusehen. Sicher ist allein, daß das Kind lebenslang Hilfe und Unterstützung durch andere benötigt. Ein einmaliger großer Geldbetrag mag nicht selten dazu verleiten, ihn für anfangs sinnvoll erscheinende kostspielige Investitionen zugunsten des Kindes einzusetzen, die sich im Nachhinein als unzweckmäßig oder durch die weitere Entwicklung überholt erweisen. Häufig werden es indes gerade kleinere Dinge sein, mit denen einem solch schwerbehinderten Menschen Freude und Ablenkung von seinem zumeist eintönigen Alltag bereitet werden kann. Wie die Ausführungen Prof. Sch.s zu der Erlebnis- und Empfindungsfähigkeit der Klägerin verdeutlichen, kommt insbesondere der menschlichen Zuwendung eine herausragende Rolle für das Wohlbefinden und die Entfaltungsmöglichkeiten des geschädigten Kindes zu. Solche Leistungen sind außer durch den engsten Familienkreis heutzutage im allgemeinen nur gegen Entgelt zu haben, so daß auch von daher ein Bedarf an fortlaufenden Geldmitteln besteht, die mehr als die notwendige Pflege abdecken. In Anbetracht aller dieser Umstände hält der Senat in Schadensfällen der vorliegenden Art die folgende Aufteilung für geboten: Etwa ein Drittel des insgesamt zugedachten Schmerzensgeldbetrages ist als einmaliges Kapital auszuzahlen. Hiermit mag zum Beispiel etwa ein vom materiellen Schadensersatz nicht erfaßter besonderer Anschaffungsbedarf abgedeckt werden. Die übrigen Zweidrittel- kapitalisiert nach den oben erwähnten, an der Sterbetafel orientierten Richtlinien- bleiben einer Rente vorbehalten, so daß dem Kind zeit seines Lebens die Mittel zufließen, mit dem seine laufenden kleineren Bedürfnisse und seine besonderen Wünsche befriedigt werden können.

Der ausdrücklich entgegenstehende Antrag der Klägerin hindert diese Aufteilung nicht. Da der Text von § 847 BGB in keiner Richtung Einschränkungen ausspricht, kann das Gericht unter Abwägung aller in Betracht kommenden Umstände nach § 287 ZPO auch über die Form der Entschädigung- Kapital oder Rente oder beides nebeneinander- entscheiden (vgl.dazu BGH VersR 1970, 281). 102

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 92 Abs 1, 97 Abs. 1 ZPO, die Entscheidungen bezüglich der vorläufigen Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 10, 711 ZPO. 103

Wert des Berufungsverfahrens: 450.000,- DM 104

(davon entfallend auf die Berufung der Beklagten zu 1) 436.525,12 DM, auf die Berufung des Beklagten zu 2) DM 150.000,- DM und auf die Anschlußberufung der Klägerin 13.474,88 DM) 105

Beschwer der Beklagten zu 1) : 436.525,12 DM 106

Beschwer des Beklagten zu 2) : 150.000,-DM 107

Beschwer der Klägerin: 13.474,88 DM 108