

## **OLG Celle: Schmerzensgeld bei „Maximalschädigung“**

**Urt. v. 22.10.2007 – 1U24/06**

**Haftungsärztlicher Behandlungsfehler in einem maximalen Beeinträchtigung der physischen und psychischen Persönlichkeit des Klägers zur Folge, durch die der Kläger in der „Wurzel seiner Persönlichkeit“ getroffen ist und wird diese Maximalschädigung eingetretene Erscheinung sein, e Gesamtschmerzensgeldbetrag von insgesamt 500.000 € in jeder Hinsicht angemessen und auch erforderlich.**

**(LG Verden-50448/03)**

### **Aus den Gründen:**

I. Der Kläger verlangt vom Beklagten zu 1 (im folgenden Beklagter/n) Schmerzensgeld und Schadensersatz (Feststellung) wegen behaupteter ärztlicher Fehler bei der Schwangerschaftsbetreuung seiner Mutter und seiner anschließenden Geburt.

Die Mutter des Klägers befand sich während der Schwangerschaft mit dem Klägerin der fachärztlichen Behandlung des Beklagten, wosiebereits seit Jahren Patientin war. Auch die erste Schwangerschaft der Mutter des Klägers wurde von dem Beklagten betreut. Diese erste Schwangerschaft wurde am 24.12.1995 durch Kaiserschnitt beendet. Im Entlassungsbericht ward damals der Begriff „Präeklampsie“ vermerkt (vgl. Bl. 100 obend. A.), im Mutterpass für das erste Kind findet sich dieser Begriff ebenfalls (vgl. Kopie des Mutterpasses auf Bl. 87 d. A.). Das erste Kind wurde nach der 38. Schwangerschaftswoche mit einem Gewicht von 2.500 Gramm bei 45 cm Körperlänge geboren.

Am 2.11.2000 begabsich die Mutter des Klägers zu einem routinemäßigen Untersuchungstermin in die Praxis des Beklagten. Eine dort durchgeführte Blutdruckuntersuchung ergab Werte von 151/88 mmHg. Zudem wurde eine erhebliche Gewichtszunahme der Kindesmutter (4,7 kg in der halber letzten beiden Wochen) und eine erhebliche Proteinurie festgestellt. Es wurde ein CTG erstellt und eine Doppler-sonographische Untersuchung des Klägers durchgeführt. Der Beklagte vereinbarte mit der Mutter des Klägers schließlich einen Wiedervorstellungstermin in einer Woche.

Am 6.11.2000 (34. Schwangerschaftswoche und 5 Tage) suchte die Mutter des Klägers wegen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes von sich aus erneut die Praxis des Beklagten auf und wurde dort von der dort wesen den Assistenzärztin als

NotfallmitderDiagnose„Präeklampsie“indasKreiskrankenhausD(ehemals  
Beklagtezu3)eingewiesen,wosieum10:20Uhreintraf.DerBeklagteführtedort  
um10:42UhreineNot-Sectiodurch,nachderderKlägermit einemGeburtsgewicht  
von1.770GrammundeinemAPGAR-Wertvon0(=leblosg)geborenwurde.Nach  
Absaugen,Reanimation,IntubationundBeatmungdurchDr.B(ehemalsBeklagter  
zu2)ineiner mobilen Reanimationseinheit erreichte der Klägerschließlicheinen  
APGAR-Wertvon7.EineDokumentationderKörpertemperaturerfolgtenicht.Der  
neonatologischeAbholdienstderKinderklinikdesMarienhospitalsVnahmnden  
KlägerkurzdaraufinEmpfang.IndemEntlassungsberichtderKinderklinikvom  
9.1.2001(BI.186f.d.A.)istvermerkt,dassdieKörpertemperaturdesKlägersbei  
Empfangnahmenurbei33Clag.

DerKlägeristseitseinerGeburtschwerstbehindert.Erlidetaneinerausgeprägten  
hypoxischenHirnschädigung.UnmittelbarnachderGeburt erfolgteeineschwere  
RegressiondesKopfwachstumsmiteinerextremenMicrocephalie.Es  
bestehteine schwere Cerebralparese im Sinne einer spastischen Tetraparese und  
einer schweren weitgehend therapieresistenten multifokalen

Epilepsie.DerKlägerkannsichnichtselbstfortbewegen,auchmitUnterstützung  
nichtstehen,nichtgezieltgreifen,nichtbewusstsehenunddStuhlundHarnnicht  
kontrollieren.ErkannnurbreiegeNahrungschlucken,jedesFütternistmit  
Schwierigkeitenverbunden.KörpergewichtundKörperlänge liegen im unteren  
BereichderNorm.Erkannhören,seineElternalsBezugspersonwahrnehmen,sich  
freuen,lachenundweinen.DerKlägerleidetuntercerebralenAnfällen,dienachdem  
Aufwachenauftreten.Erwirdlebenslangvollständighilfs- und aufsichtsbedürftig  
bleiben,AnsätzeineineigenenLebensgestaltungwerden nichtmöglichsein.

DerKlägerhatdemBeklagtenBehandlungsfehlervorgeworfen.Dabei hatersichauf  
dieindemvorprozessualenSchlichtungsverfahren eingeholten Gutachten,nämlich  
dasgynäkologischeGutachtenvonProf.Dr.SausJanuar2005(BI.8ff.d.A.),das  
pädiatrisch/neuropädiatrischeGutachtenvonProf.Dr.Sch vom10.7.2002(BI.18ff.  
d.A.)unddasneuroradiologischeGutachtenvonProf.Dr. .Zvom16.8.2002(BI.36ff.  
d.A.)gestützt,indenenVerstoßegegendenärztlichenStandard festgestellt werden.

Erhatbehauptet,bereitsbeidererstenSchwangerschaftseinerMutterimJahre  
1995habesicheinePräeklampsiesubpartuergeben,dieshabedendamaligen  
Kaiserschnitt erforderlich gemacht.Aucham2.11.2000habeeinePräeklampsie  
vorgelegen.Aufgrundderdeshalb bestehenden Risikenseinesofortigestationäre  
EinweisungoderzumindesteineumfassendeAufklärungundengmaschige  
ambulanteBeobachtungenerforderlichgewesen.SoseieineAbklärungderProteinurie  
durch24-Stunden-Sammelurigenausonötiggewesen,wiediehäusliche  
BlutdruckmessungundVermeidungjederpsychischenundkörperlichenBelastung.  
DerBeklagtehabedieMutterdesKlägersaberwederstationäreingewiesennochfür  
eineengmaschige,ambulanteKontrollegesorgt.Vielmehrhabeesie,wasunstreitig  
ist,unterVereinbarung eines Wiedervorstellungstermins von neinerWochenach

Hause geschickt. Dies verstößt eindeutig gegen die bewährten und anerkannten ärztlichen Behandlungsregeln und Erkenntnisse (Bl. 2 R. 104 S. 104 ff. d. A.).

Am 6. 11. 2000 sei die Behandlung der Mutter des Klägers in der Praxis und in der Klinik nicht zügig genug erfolgt. Nach der Geburt des Kindes sei es durch Fehler bei der Warmhaltung zu einer Unterkühlung auf 33°C gekommen. Die Hirnschädigung des Klägers beruhe sowohl auf der eingetretenen Präeklampsie und dem Sauerstoffmangel vor- bzw. während der Geburt als auch auf der darauffolgenden Unterkühlung.

Der Kläger hält für die ihm entstandenen immateriellen Schäden ein Schmerzensgeld i. H. v. 500.000 € für angemessen. In diesem Umfang ist ihm auch für das erstinstanzliche Verfahren Prozesskostenhilfe durch den Beschluss des Senats vom 28. 1. 2004 (Bl. 104 f. d. A.) bewilligt worden.

Der Kläger, der in erster Instanz auch noch das Krankenhaus DGmbH als Beklagte zu 3 und den dort tätigen Arzt Dr. Bals Beklagte zu 2 in Anspruch genommen hat, hat beantragt,

1. die Beklagte gesamtschuldnerisch zu verurteilen, an ihm ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 4% Zins seit dem 31. 5. 2003 zu zahlen,

2. festzustellen, dass die Beklagte gesamtschuldnerisch verpflichtet ist, ihm sämtliche materiellen Schäden aus der fehlerhaften Behandlung anlässlich seiner Geburt vom 6. 11. 2000 im Krankenhaus D zu erstatten, soweit nicht Ersatzansprüche auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.

Der Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen.

Der Beklagte hat Behandlungsfehler bestritten. Er hat behauptet, bei der ersten Schwangerschaft der Mutter des Klägers habe keine Präeklampsie vorgelegen. Vielmehr sei wegen mangelnden Geburtsfortschritts und eines beginnenden Bluthochdrucks ein Kaiserschnitt durchgeführt worden. Der Begriff „Präeklampsie“ sei im Entlassungsbericht dann unkorrekt verwendet und so in den Mutterpass übernommen worden. Bei ihrer routinemäßigen Vorstellung zur Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung am 2. 11. 2000 habe die Mutter des Klägers nur über gelegentliche Beschwerden im Unterbauch berichtet. Wie in der Ambulanzkarte notiert, seien bei ihr keine Ödeme vorhanden gewesen. Die Entwicklung des Kindes (Klägers) sei zu diesem Zeitpunkt gelgerecht gewesen. Das CTG sei unauffällig gewesen, ebenso die Dopplersonographische Untersuchung des Kindes. Die Beschwerden der Mutter des Klägers im Unterleib hätten von einem leichten erhöhten Tonus der Gebärmutter hergerührt. Der Blutdruck habe diastolisch im Normbereich gelegen. Der (erhöhte) systolische Wert sei durch die erhebliche Nervosität und Aufgeregtheit der Patientin erklärbar gewesen, die

unterleichten Kontraktionen gelitten habe, wie im CT Gnachweis bargewesen sei (Bl. 58d.A.).

Der Beklagte habe zwar eine erstmalige Eiweißausscheidung festgestellt. Diese und die auffällige Gewichtszunahme der Mutter des Klägers hätten aber für sich genommen keine beunruhigende Veränderung dargestellt. Insbesondere habe am 2.11.2000 keine Frühgeburt gedroht. Trotz dem habe der Beklagte der Mutter des Klägers vorgeschlagen, sich zur Beobachtung ins Krankenhaus zu begeben. Dazu sei diese jedoch nicht bereit gewesen, „weil dann sicher wieder ein Kaiserschnitt erfolgen würde“ und sie dies nicht gewollt habe (Bl. 58d.A.). Daraufhin sei ihr eindringlich klargemacht worden, sich bei Veränderungen ihres Allgemeinzustandes, insbesondere bei Auftreten von Kopfschmerzen oder Beschwerden im Bauchraum, sofort bei ihm im Krankenhaus, auch am Wochenende, zum melden, was jedoch erst am 6.11.2000 geschehen sei (Bl. 59d.A.). Außerdem hat der Beklagte die Kausalität eines (bestrittenen) ärztlichen Fehlers für die beim Klägereingetretenen Gesundheitsschäden in Abrede gestellt.

Gemäß Beweisbeschluss vom 26.3.2004 (Bl. 129f.d.A.) hat das LG Beweis zu den behaupteten Behandlungsfehlern durch Einholung von Sachverständigen gutachten erhoben. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das gynäkologische Gutachten von Prof. Dr. So/Dr. Ma, MHH vom 26.10.2004 auf Bl. 156ff.d.A. sowie dessen Ergänzungsgutachten vom 22.2.2005 auf Bl. 209ff.d.A., das pädiatrische Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. A, Kinderhospita IO, vom 21.7.2005 auf Bl. 231ff.d.A. sowie die mündlichen Erläuterungen dieser Gutachten in der Sitzung vor dem LG vom 2.2.2006 (vgl. Protokoll der mündlichen Verhandlung auf Bl. 317ff.d.A.) Bezug genommen.

Mit Urteil vom 23.2.2006 (Bl. 325ff.d.A.) hat das LG die Klage insgesamt abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass der Klägereinen Behandlungsfehler des Beklagten nicht beweisen könne. Die Kammer folge insoweit dem schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungendes Sachverständigen Prof. Dr. So. Dieser habe festgestellt, dass die Mutter des Klägers bei ihrer Untersuchung am 2.11.2000 nicht an einer Präeklampsie gelitten habe. Die Gewichtszunahme sei hierfür ein höchst unspezifisches Kriterium,

Ödeme hätten nicht vorgelegen, insbesondere habe der Blutdruck nicht – wie definitionsgemäß erforderlich – mehrmals hintereinander höher als 140/90 mmHg gelegen, wobei es maßgeblich auf den niedrigeren – diastolischen – Wert ankomme. Die weiter erhobenen Befunde des CTG und Dopplers seien unauffällig gewesen. Im Hinblick darauf sei es auch angesichts der am 2.11.2000 festgestellten Proteinurie und des Anstiegs der Blutdruckwerte im vorhergehenden Zeitraum sowie unter Berücksichtigung einer früheren Präeklampsie nicht zwingend erforderlich gewesen, die Mutter des Klägers bereits zu diesem Zeitpunkt stationär einzuweisen. Die vorliegende Konstellation habe zwar einen Anlass dafür gegeben, in einem engeren Intervall als dem vorgesehenen Vier-Wochen-Intervall weitere Kontrollen

vorzunehmen, eine Wiedervorstellung in einem Intervall von 7 bis 14 Tagen sei jedoch noch als adäquat anzusehen. Erst am 6. 11. 2000 seien die Werte dann pathologisch gewesen. Die daraufhin notwendige Untersuchung und Operation seien ordnungsgemäß und in der erforderlichen Zügigkeit erfolgt. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit habe die entscheidende Schädigung um die Geburt bzw. unmittelbar vor der Geburt stattgefunden. Nach allem kann ein ärztlicher Fehler des Beklagten nicht festgestellt werden. Dass auch andere Maßnahmen vertretbar gewesen wären, wie etwa eine stationäre Einweisung der Mutter des Klägers oder noch engmaschigere Kontrollen, mache die Entscheidung des Beklagten nicht fehlerhaft.

Ansprüche des Klägers gegen das Kreiskrankenhaus DGmbH (Beklagte zu 3) sowie den dort tätigen Arzt Dr. B (Beklagte zu 2) bestünden ebenfalls nicht, weil der Kläger nicht nachweisen kann, dass ein etwaiger Behandlungsfehler des Dr. B für seine Schädigung ursächlich geworden sei.

Dagegen richtet sich die Berufung des Klägers (Bl. 360 ff., 373 ff., 484 ff. d. A.). Nachdem der Senat mit Beschluss vom 29. 6. 2006 (Bl. 428 ff. d. A.) gem. § 522 Abs. 2 ZPO auf die fehlenden Erfolgsaussicht der Berufung des Klägers, soweit dieser damit auch die Klage abweisunghinsichtlich der ehemaligen Beklagten zu 2 und 3 angegriffen hat, hingewiesen hat, hat der Kläger mit Schriftsatz vom 21. 7. 2006 insoweit die Berufung zurückgenommen. Sein Rechtsmittel richtet sich nunmehr nur noch dagegen, dass das LG die Schadensersatz- und Schmerzensgeldklage gegen den ehemaligen Beklagten zu 1 (jetzt Beklagter) abgewiesen hat. Gegen diesen verfolgter die oben wiedergegebenen Anträge aus der ersten Instanz weiter.

Zunächst rügt der Kläger, dass das Urteil des LG Verfahrensfehler aufweise, weil es Widersprüche in den vorliegenden Gutachten nicht hinreichend aufgeklärt habe. So hätte die gerichtlichen Gutachter Prof. Dr. So/Dr. Ma im Hauptgutachten das Vorliegen einer Präeklampsie bei der Mutter der Klägerin verneint, trotzdem aber eine Wiedervorstellung in 7 bis 14 Tagen als adäquat gesehen. Auch sei nicht hinreichend geklärt worden, welche Maßnahmen der Sachverständige für erforderlich gehalten habe, um eine Präeklampsie zu bestätigen oder auszuschließen. Widersprüchlich zum Hauptgutachten sei dann im Ergänzungsgutachten die Diagnose Präeklampsie für den 2. 11. für „sehr wahrscheinlich“ gehalten worden.

Auch sei die Widersprüche zum Gutachten aus dem Schlichtungsverfahren von Prof. Dr. S nicht aufgeklärt worden. Das Ergebnis dort sei gewesen, dass die Mutter des Klägers am 2. 11. 2000 entweder stationär habe aufgenommen werden müssen oder es zumindest einer Kontrolle im 24-Stunden-Rhythmus bedurft hätte. Das LG habe dem gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. S nicht aufgegeben, sich mit diesem abweichenden Gutachten aus dem Schlichtungsverfahren auseinanderzusetzen. Dies wiege umso schwerer, als das Gutachten aus dem Schlichtungsverfahren ersichtlich differenzierter und wissenschaftlich fundierter erstellt sei als das gerichtliche Gutachten von Prof. Dr. So (Bl. 375/376 d. A.).

Entgegen den Feststellungen des LG sei in der Sache dem Beklagten ein Behandlungsfehler anzulasten. Zur Begründung verweist der Kläger auf eine (neue) gutachterliche Stellungnahme, die von Prof. Dr. F. als langjährigem Leiter der Frauen- und Geburtshilflichen Klinik in N-Süde eingeholt wurde. Weg der Einzelheiten wird insoweit auf das schriftliche Gutachten von Prof. Dr. F. vom 25.5.2006 auf Bl. 393 ff. d. A. verwiesen. Daraus ergibt sich insbesondere, dass der gerichtliche Gutachter Prof. Dr. S. bei seiner Beurteilung nicht hinreichend berücksichtigt habe, dass bereits bei der ersten Schwangerschaft der Kindesmutter eine Präeklampsie bestanden habe. Schon deshalb habe auch im Zusammenhang mit der Geburt des Klägers ein 25%iges Risiko für eine Hypertonie bzw. Präeklampsie bestanden (Bl. 378 d. A.). Ein Indiz für eine Präeklampsie in der Schwangerschaft sei auch die am 2.11.2000 bei der Mutter der Klägerin unstrittig festgestellte Proteinurie (+++) gewesen.

Nach den Leitlinien zum Bluthochdruck in der Schwangerschaft (vgl. Bl. 403 ff. d. A.) sei eine Präeklampsie definitionsgemäß dann vorhanden, wenn eine Hypertonie und eine Proteinurie vorlägen. Die Proteinurie sei von allen drei Sachverständigen als gegeben angesehen worden. Darüber hinaus heißen die Leitlinien, dass eine Hypertonie in der Schwangerschaft bereits bei Blutdruckwerten von mehr als 140 und/oder mehr als 90 mm Hg vorliege. Unstrittig sei bei der gemessenen systolischen (ersten) Wert deutlich pathologisch gewesen. Der diastolische (zweite) Wert habe zwar die kritische Grenze von 90 nicht ganz erreicht. Hier seien jedoch die individuellen Verhältnisse bei der Kindesmutter zu berücksichtigen. Zu Beginn der Schwangerschaft seien bereits die Ausgangswerte ausgesprochen niedrig gewesen. Zudem habe die Mutter des Klägers zwischen dem 5.10. und 19.10. 3,4 kg und zwischen dem 19.10. und dem 2.11.2000 4,7 kg zugenommen. Auch diese Gewichtszunahme sei pathologisch.

Nach dem haben der Beklagte am 2.11.2000 entweder eine stationäre Einweisung der Mutter des Klägers wegen Vorliegen einer Präeklampsie veranlassen müssen oder zumindest mehrere Kontroll-Messungen des Blutdrucks innerhalb von 24 Stunden durchführen müssen (Bl. 379 d. A.). Hätte der Beklagte damals kurzfristig Kontrollblutdruckmessungen vorgenommen, so hätte er mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit sowohl einen pathologischen systolischen wie einen pathologischen diastolischen Wert festgestellt und damit eine Präeklampsie keine Zweifel mehr haben können.

Das Unterlassen der Einleitung der erforderlichen Maßnahmen durch den Beklagten sei, ggf. auch nach den Regeln der Befunderhebungspflicht, verständlich und nachvollziehbar, sondern grob fehlerhaft. Ein Hinweis des Beklagten an die Mutter des Klägers, dass sie sich in stationäre Behandlung begeben müsse, sei nicht erfolgt (Bl. 380 d. A.). Im Übrigen sei es auch nicht plausibel, dass sie sich vor einem erneuten Kaiserschnitt gefürchtet haben sollte, weil sie damit anlässlich der Geburt in jedem Fall haben rechnen müssen. Im Übrigen sei eine dringende Einweisungsempfehlung des Beklagten, die unbedingt

dokumentationspflichtig sei, auch nicht schriftlich festgehalten (Bl. 381 d. A.). Der Beklagte habe der Mutter des Klägers nicht einmalein kurzes Wiedervorstellungstermin gegeben, sondern stattdessen im Mutterpass den „9.12.2000, 11:30 Uhr“ eintragen lassen. Selbst wenn es sich dabei um einen Schreibfehler gehandelt und der 9.11. gemeint gewesen sei, sei dies angesichts der Befunde vom 2.11.2000 völlig unverständlich gewesen. Dass die Mutter des Klägers sich sofort ins Krankenhaus begeben müsse, wenn sich irgendet was in ihrem allgemeinen Zustand verändere, insbesondere beim Auftreten von Kopfschmerzen oder Beschwerden im Bauchraum, habe der Beklagte ihr nicht gesagt (Bl. 381 d. A.). Auch insoweit sei unstreitig nicht dokumentiert (Bl. 382 d. A.).

Im Übrigen habe der Beklagte am 6.11.2000 die Geburt des Klägers einerseits und den Einsatz der Pädiater andererseits fehlerhaft verzögert. Dader Beklagte versäumt habe, die Mutter des Klägers darauf hinzuweisen, bei einer akuten Verschlimmerung sofort ins Krankenhaus zu gehen, habe sie sich in eine Praxis begeben, mit der Folge, dass dort zunächst Untersuchungen durchgeführt worden seien, die anderenfalls direkt im Krankenhaus hätten erledigt werden und unmittelbar eine Kaiserschnittentbindung hätten übergehen können. So sei auch die Messung der sog. EE-Zeit ab Entschluss zum Kaiserschnitt im Krankenhaus nicht richtig. Im Übrigen habe der Beklagte spätestens bei seiner Entscheidung, den Kaiserschnitt durchzuführen, sofort die Pädiater des Kinderkrankenhauses informieren und herbeirufen müssen, was nicht getan habe (Bl. 383 d. A.).

Der Kausalzusammenhang zwischen dem Verschmägnis des Beklagten und dem eingetretenen Schaden beim Kläger unterliege keinem Zweifel. Selbst der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. So habe die entscheidende Schädigung des Klägers mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit um bzw. vor seiner Geburt angesiedelt (Bl. 383 d. A.). Im Übrigen käme dem Kläger Beweiserleichterungen zugute, weil der Beklagte seine Befunderhebungspflichten verletzt habe und ihm außer dem ein grober Behandlungsfehler vorzuwerfen sei.

Der Beklagte, der Zurückweisung der Berufung beantragt (Bl. 419 f. d. A.), verteidigt das angefochtene Urteil unter Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Sachvortrages (Bl. 450 ff. d. A.). Er weist nochmals darauf hin, dass nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. So die Mutter des Klägers am 2.11.2000 nicht unter einer Präeklampsie gelitten habe. Widersprüche in seinen Gutachten seien nicht festzustellen. Das Hauptgutachten beurteile die Situation für den 2.11.2000 aus der Sicht eines Arztes an diesem Tage, die ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. So vom 22.2.2005 stelle dagegen eine Beurteilung aus nachträglicher Sicht in Kenntnis der weiteren Entwicklung dar (Bl. 453 d. A.).

Der gerichtliche Sachverständige habe hinreichend begründet, warum er die Auffassung der Sachverständigen aus dem Schlichtungsverfahren nicht teile (Bl. 453 d. A.). Die in dem jetzt eingeführten Privatgutachten von Prof. Dr. F vertretene

Auffassung, die Mutter der Klägerin habe ein etwa 25% iges Hypertonus/Präeklampsie-Risiko mit in die erneute Schwangerschaft hineingebracht, sei unzutreffend (Bl. 454 d. A.). Im Übrigen sei festzustellen, dass es unterschiedliche Ansichten der Mediziner beider Beurteilung dieses Falles gebe. Da die Handlungsweise des Beklagten von dem Gerichtsgutachter gebilligt worden sei, könne keineswegs ein grober Behandlungsfehler vorliegen.

Wegen des Weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die vom Senat gewechselten Schriftsätze verwiesen.

Mit Schreiben vom 14.7.2006 (Bl. 440 f. d. A.) hat der Senat den gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. So zunächst eine schriftliche Ergänzung seines Gutachtens gebeten, insbesondere im Hinblick auf das mit der Berufung vorgelegte Privatgutachten von Prof. Dr. F vom 25.5.2006 sowie auch (nochmals) auf die Ausführungen von Prof. Dr. S. In dessen im Januar 2002 erstatteten Gutachten im Schlichtungsverfahren. Daraufhin haben Prof. Dr. S und dessen Oberarzt Dr. Ma unter dem 6.9.2006 eine 1½-seitige schriftliche ergänzende Stellungnahme abgegeben. Auf deren Inhalt auf Bl. 473 f. d. A. wird Bezug genommen. Auf den Antrag des Klägers in dessen Schriftsatz vom 10.1.2007 hat sodann der Oberarzt Dr. Ma in der Sitzung des

Senats vom 12.2.2007 die schriftlichen Gutachten von Prof. Dr. So (und ihm) nochmals mündlich erläutert.

Wegen des genauen Inhalts der mündlichen Stellungnahme des Sachverständigen Dr. Ma wird auf den Berichtstattervermerk dazu vom 12.2.2007 auf Bl. 501–503 d. A. Bezug genommen. Gemäß Beweisbeschluss vom 12.2.2007 hat der Senat die Einholung eines neuengynäkologischen (Ober-) Gutachtens sowie eine ergänzende Beweisaufnahme durch Einholung eines pädiatrischen/neuropädiatrischen Gutachtens über den derzeitigen Gesundheitszustand des Klägers und seiner in Zukunft zu erwartenden Entwicklung angeordnet. (Bl. 504–508 d. A.). Auf das daraufhin erstattete gynäkologische Ober-Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. T vom 16.6.2007 (s. Akteneinband), das dieserauf dem Antrag des Beklagten hin in der Sitzung vom 8.10.2007 noch einmal mündlich erläutert hat (vgl. Protokoll der Sitzung auf Bl. 562 ff. d. A.), sowie das pädiatrische Ergänzungsgutachten von Prof. Dr. A vom 21.6.2007 (ebenfalls im Akteneinband) wird Bezug genommen.

II. Die Berufung des Klägers hat, soweit das Rechtsmittel nicht zurückgenommen worden ist, Erfolg. Das angefochtene Urteil beruht auf feiner unzureichenden Tatsachenfeststellung.

1. Dem Kläger steht gegen den Beklagten aus §§ 823 Abs. 1, 847 BGB a. F. ein Anspruch auf Zahlung von Schmerzensgeld in Höhe von 500.000 € zu.

a) Nachdem Ergebnis des in der Berufungsinstanz eingekommenen gynäkologischen Obergutachtens von Prof. Dr. T vom 16.6.2007 steht zur Überzeugung des Senats fest, dass dem Beklagten im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung der Mutter des Klägers ein Behandlungsfehler unterlaufen ist, weil er medizinisch zweifelsfrei gebotene Befunde nicht erhoben hat. In seinem schriftlichen Gutachten hat der Sachverständige Prof. Dr. T mit ausführlicher Begründung und inhaltlich überzeugend festgestellt, dass dem nach der Untersuchung der Mutter des Klägers am 2.11.2000 vom Beklagten vorgegebene Wiedervorstellungstermin innerhalb einer Woche unter den gegebenen Bedingungen als zu spät beurteilt werden muss. Vielmehr haben der Beklagte aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse und der ihm bekannten Risikofaktoren entweder eine 24-Stunden-Blutdruckmessung spätestens innerhalb eines Drei-Tages-Zeitraumes zusammen mit einer 24-stündigen quantitativen Bestimmung der Eiweißausscheidung im Urin bei der Kindesmutter vornehmen müssen oder dies unter stationären Bedingungen, einschließlich der gebotenen CTG- und Laborkontrollen, veranlassen müssen (S.36 des Gutachtens).

Gut nachvollziehbar begründet hat der Sachverständige die Notwendigkeit weiterer Befunderhebung mit mehreren anamnestischen und gesundheitlichen Anknüpfungstatsachen bei der Mutter des Klägers. So besteht keinerlei Zweifel daran, dass bei ihr sowohl in der ersten wie auch in der hier streitgegenständlichen Schwangerschaft ein sog. „Präeklampsie“ vorgelegen habe (S.19 des schriftlichen Gutachtens). Die erhebliche, dreifach positive Proteinurie der Mutter des Klägers sowie der eindeutigerhöhte Blutdruck, ebenso wie die erhebliche und in kurzer Zeit statthabende pathologische Gewichtszunahme seien klare Anzeichen für die Entwicklung einer Präeklampsie gewesen (S.32 des schriftlichen Gutachtens). Auch das retardierte Wachstum des ersten Kindes aus dem vorausgegangen Schwangerschaftszeitraum sei zu berücksichtigen gewesen. Ein wichtiger anamnestischer Risikofaktor sei insbesondere der sich plötzlich ereignende Blutdruckanstieg (151/88 mmHg am 2.11.2000 nach zuvor zunächst hypotonen Blutdruckwerten, vgl. S.6 des schriftlichen Gutachtens) gewesen. Nachdem in der 19. Auflage erschienenen geburtshilflichen Standard-Lehrbuch von Dudenhausen und

Pschyrembel (erschienen 2001) sei ein Blutdruck von mehr als 135/85 mmHg bereits als pathologisch zu bezeichnen. In dem zum streitgegenständlichen Zeitpunkt geltenden Mutterschaftsrichtlinien in der zuletzt geänderten Fassung vom 23.10.1998 (veröffentlicht in Bundesanzeiger Nr.16 vom 26.1.1999) sei für die damals noch geläufige Bezeichnung der EPH-Gestose ein Blutdruckwert von 140/90 mmHg oder mehr genannt. Die ermittelten Blutdruckwerte, auch die bei Gegenstand aktuellen Lehrbuchwissen des Jahres 2000, müssten aber vor dem Hintergrund des Ausgangsblutdrucks interpretiert werden. Das Ausmaß des Blutdruckanstieges sei deshalb nicht nur anhand des aktuellen Blutdruckwertes, sondern vor allem als relativer Anstieg im Vergleich zu den Vorwerten einzustufen (S.21,23 des schriftlichen Gutachtens). Im Übrigen sei dann, wenn eine hypertensive Schwangerschaftserkrankung in der vorangegangenen Gravidität als

anamnestischer Risikofaktor vorliegt, zur weiteren Abklärung eine 24-Stunden-Blutdruckmessung empfohlen. Ebenso sei bei dem – hier gegebenenfalls – Nachweis von mehr als einer Spur Eiweiß im Urin die Messung der quantitativen Eiweißausscheidung notwendig. Schließlich spreche über die Ödementstehung, d.h. Gewichtszunahme von mehr als einem kg pro Woche (hier gegeben), in Verbindung mit einer Proteinurie als Risikofaktor für eine Präeklampsie, auch ohne dass eine Blutdruckerhöhung zu verzeichnen sei im Ultraschall (S. 22, 23 des schriftlichen Gutachtens).

Im Ergebnis besteht deshalb überhaupt kein Zweifel daran, dass der Beklagte zumindest das besondere Risiko einer erneuten Präeklampsie ernsthaft haben muss. Betrachtet man die bisherigen Untersuchungen und den Verlauf der Erkrankung, so ist es nicht getan, sondern stattdessen nur einen Wiedervorstellungstermin, „in einer Woche“ mit der Kindes Mutter vereinbart zu haben, verstoßend gegen den durchschnittlichen medizinischen Standard eines Facharztes, der sich nach den Mutterschaftsrichtlinien ihrer gültigen Fassung, den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie nach dem aktuellen Stand des Lehr- und Handbuchwissens definiert. Alle genannten Quellen seien geeignet gewesen, den Beklagten zu veranlassen, kurzfristig, das heißt innerhalb von ein bis zwei bis spätestens drei Tagen nach Ausschluss einer akuten Mangelversorgung, eine weitere Abklärung, sei es ambulant oder stationär, zu veranlassen (S. 33, 34 des schriftlichen Gutachtens).

Diese Ausführungen hat der Sachverständige Prof. Dr. Timm Rahm mündlich in der Sitzung vom 8. 10. 2007 erläutert und ist davon überzeugt, dass er sich bei der Bewertung der Befunde nachvollziehbar und nachvollziehbar äußert, dass er zu dieser Bewertung aufgrund der gegebenen Gesamtschau der vorliegenden anamnestischen und gesundheitlichen Anknüpfungstatsachen bei der Kindes Mutter gekommen sei. Prof. Dr. Sound Dr. Mahatendies unterlassen und unzulässigerweise einzelne Aspekte herausgegriffen. Auch die mündlichen Erläuterungen von Prof. Dr. Timm Rahm zu den verschiedenen Fragen des Prozessbevollmächtigten des Beklagten im Einzelnen Stellung genommen hat, waren für den Senat in jeder Hinsicht gut nachvollziehbar und überzeugend.

Der Senat folgt den insich schlüssigen, nachvollziehbar begründeten und inhaltlich überzeugenden Ergebnissen von Prof. Dr. Timm Rahm in dem gynäkologischen Ober-Gutachten. Seine Feststellungen zum Vorliegen eines Befunderhebungsfehlers stimmen überein mit dem Inhalt des im Schlichtungsverfahren eingeholten geburtshilflichen Sachverständigen-Gutachtens von Prof. Dr. Sp. vom 7. 1. 2002 (Bl. 8 ff. d. A.). Unter 4. (Beurteilung) sowie 5. (S. 1. 2., 1. 4. und 2.), kommt Prof. Dr. Sp. ebenfalls zu dem Ergebnis, dass am 2. 11. 2000 bei der Kindes Mutter Befunde aufgetreten seien, welche für eine pathologische Entwicklung gesprochen hätten, nämlich Gewichtszunahme, Eiweißausscheidung im Urin und der

Blutdruckanstieg auf 151/88 mmHg. Zwar sei die Blutdruckgrenze definiert mit 140/90 mmHg, wobei eine Blutdruckerhöhung auch durch Stress und Aufregung erklärbar sei. Zum Mindesten habe jedoch durch Kontrollen sichergestellt werden müssen, dass es sich nicht um eine dauerhafte erhöhte Blutdruckhandele. Im Übrigen sei es auch erforderlich, die positive Eiweißausscheidung im Urin durch eine quantitative Messung mittels 24-Stunden-Sammelurin näher zu quantifizieren, was auch ambulant möglich sei. Eine akute Mangelsituation habe am 2.11.2000 angesichts von CTG- und Dopplerwerten noch nicht bestanden. Dennoch sei ein Überwachungsintervall von sieben Tagen, trotz unauffälliger vitaler Parameter, zu lang bemessen. Insgesamt habe daher der Beklagte den Symptomen „Blutdruckerhöhung und Proteinurie“ nicht mit der nötigen Konsequenz Rechnung getragen.

Auch der in der Berufungsinstanz vom Kläger bemühte Privatgutachter Prof. Dr. F. kommt in seinem schriftlichen Gutachten vom 25.5.2006 (Bl. 393 ff. d. A.) zu dem Schluss, dass die Betreuung der Mutter des Klägers nicht den geltenden ärztlichen Standards entsprechen hat und die Befunderhebung des Beklagten ungenügend war. Zur Begründung weist der Privatsachverständige neben den Mutterschaftsrichtlinien insbesondere auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hin, nach deren Einzelnerläuterung im Inhalt vom 2.11.2000 schon wegen der Proteinurie und raschen Ödementwicklung oder Gewichtszunahme zu einer Krankenhausweisung kommen müssen, außer dem enge maschinelle Kontrollen der Kindesmutter haben durchgeführt werden müssen. So sei eine 24-Stunden-Blutdruckmessung (vgl. S. 5 und 8 des Privatgutachtens, Bl. 397, 400 d. A.) veranlasst gewesen wegen des Nachweises von mehr als einer Spur Eiweiß im Urin, außerdem die Messung der quantitativen Eiweißausscheidung in einem 24-Stunden-Sammelurin (S. 5 des Privatgutachtens, Bl. 397 d. A.).

Die überzeugenden Feststellungen von Prof. Dr. Tinseiner in der Berufungsinstanz erstattetengynäkologischen Ober-Gutachten werden durch die Feststellungen der vom LG zur Beantwortung der Beweisfragen herangezogenen und in der Berufungsinstanz ergänzend befragten Gerichtsgutachter Prof. Dr. Sounddessen Oberarzt Dr. Manichentkräftet. Zwar sind Prof. Dr. Soinseinem gynäkologischen Gutachten vom 26.10.2004 (Bl. 156 ff. d. A.) und dem Ergänzungsgutachten vom 22.2.2005 (Bl. 209 ff. d. A.) sowie sein Oberarzt Dr. Manichent, der in der Sitzung vor dem LG vom 2.2.2006 die Gutachten im Auftrage von Prof. Dr. Soinseinem auf Befragung erläutert hat (vgl. Bl. 318 ff. d. A.), zu dem Ergebnis gelangt, dass dem Beklagten ein Befunderhebungsfehler nicht anzulasten sei. Eine Präeklampsie habe per Definition am 2.11.2000 nicht vorgelegen, weil diese mehrmals hintereinander einen Blutdruckwert von mehr als 140/90 mmHg zusätzlich zu einer Proteinurie voraussetze. Auch sei der Gewichtszunahme von 4,7 kg zwischen dem 19.10. und dem 2.11.2000 keine wesentliche Bedeutung zuzumessen. Bei –wievorliegend– unauffälligen Dopplerbefunden sei eine Kontrolle etwa an einer Woche bis spätestens zwei Wochen ausreichend gewesen.

Diese Ergebnisse überzeugenden Senat jedoch nicht. Prof. Dr. Thatauf S. 27 und 28 seines schriftlichen Gutachtens überzeugend herausgearbeitet, dass die Bewertung der bisherigen (geburtshilflichen) Sachverständigen widersprüchlich und inhaltlich unzutreffend ist. Im Rahmen der mündlichen Erläuterung seines Ober-Gutachtens hat Prof. Dr. T. zudem, wie bereits oben ausgeführt, bekräftigt, dass Prof. Dr. Sound Dr. Madie gebotene Gesamtschauder beider Kindesmutter vorliegenden anamnestischen und gesundheitlichen Anknüpfungstatsachen nicht hinreichend vorgenommen hätten. Diese Einschätzung teilt der Senat ausdrücklich. Indem gerade ein mal fünfseitiges Gutachten vom 26. 10. 2004 sowie dem 1½-seitigen Ergänzungsgutachten vom 22. 2. 2005 werdend die Feststellung von Prof. Dr. So bereits inhaltlich nicht hinreichend begründet. Eine vertiefte und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den beiden Müttern des Klägers im Rahmen der Untersuchungen erhobenen Befunden und den dem Beklagten bekannten Risikofaktoren findet kaum statt. Auch wird der durchschnittliche medizinische Facharztstandard, der in einer solchen Behandlungssituation gilt, nicht herausgearbeitet. Zudem fehlt in dem Gutachten von Prof. Dr. So/Dr. Majegliche Auseinandersetzung mit den inhaltlich fundierten und wissenschaftlich belegten Aussagen in dem gynäkologischen Gutachten aus dem Schlichtungsverfahren von Prof. Dr. Sp. Wissenschaftliche Belege und/oder vertiefte Begründungen für die eigene, abweichende Beurteilung der Behandlungssituation werden in der insgesamt recht oberflächlichen Bewertung des Behandlungsgeschehens nicht gegeben. Der Bittedes Senats vom 14. 7. 2006 (Bl. 440, 441 d. A.), ein (weiteres) schriftliches Ergänzungsgutachten zu erstellen und dort im Einzelnen auf die Ausführung des Schlichtungsgutachters Prof. Dr. Sp sowie auch des Privatgutachters Prof. Dr. F einzugehen, sind Prof. Dr. So/Dr. Manurrechte eingeschärft nachgekommen, indem eine gerade 1½-seitige schriftliche Ergänzung der Stellungnahme unter dem 6. 9. 2006 (Bl. 473 f. d. A.) eingereicht worden ist. Ob eine nähere und im Einzelnen nachvollziehbare Begründung wird darin lediglich pauschal die bisherige medizinische Einschätzung aufrechterhalten. Ein tragfähige und nähere Begründung dazu wird aber nicht gegeben.

Bei der mündlichen Erläuterung des Gutachtens in der Sitzung vom 12. 2. 2007 war der Oberarzt Dr. Madannicht in der Lage, seine medizinische Bewertung des Sachverhaltes in sich schlüssig und nachvollziehbar gegenüber dem Senat und den Verfahrensmitgliedern zu erklären. Zudem sind Widersprüche zu den bisherigen Feststellungen in dem schriftlichen Gutachten aufgetreten bzw. haben sich noch verstärkt. So war in dem Ausgangsgutachten vom 26. 10. 2004 auf S. 3 (Bl. 158 d. A.) noch ausdrücklich die Rede davon, dass die Kindesmutter per Definition am 2. 11. 2000 nicht unter einer Präeklampsie gelitten habe, weil der gemessene diastolische (zweite) Blutdruckwert unter 90 mmHg gelegen habe. Widersprüchlich dazu hatte Prof. Dr. So in seinem schriftlichen Ergänzungsgutachten vom 22. 2. 2005 auf S. 2 unten (Bl. 210 d. A.) dann ausgeführt, dass die Diagnose Präeklampsie im Falle einer wiederholten Messung, „jedoch sehr wahrscheinlich“ festgestellt worden wäre, da in der Anamnese der Kindesmutter eine Präeklampsie bereits bekannt

gewesen und auch die Eiweißausscheidung in diese Richtung gezeig habe. Warum bei dieser Annahme dann aber eine weitere Blutdruckmessung bzw. weitere Befunderhebung nicht veranlasst gewesen sein sollen, erschließt sich nicht.

Die Widersprüche haben sich noch dadurch vertieft, dass der Oberarzt Dr. Maim in der mündlichen Erläuterung des Gutachtens vor dem Senat am 12.2.2007 eingeräumt hat, dass Blutdruckwerte von 151/88 mmHg bei zuvor eher hypotonen Wertensowie die pathologische Gewichtszunahme von 3,4 kg zwischen dem 5. und 19.10.2000 sowie 4,7 kg zwischen dem 19.10. und 2.11.2000 bei der Kindesmutter zusätzlich zursignifikanten Proteinurie hätten berücksichtigt werden müssen. Hinsichtlich des maßgebenden medizinischen Facharztstandards wollte der Oberarzt Dr. Masich in der Sitzung vor dem Senat vom 12.2.2007 nicht festlegen. Nach dem erzunächst maßgeblich (nur) auf die Mutterschaftsrichtlinien abgestellt hatte, hat er schließlich auf Vorhalte eingeräumt, dass ein durchschnittlicher Facharzt sich auch von den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Bluthochdruck in der Schwangerschaft, nach den eine Krankenhaus einweisung der Mutter des Klägers am 2.11.2000 zwingend notwendig gewesen sei, habe leiten lassen können. Ob diese Leitlinien aber tatsächlich den maßgebenden medizinischen Standard widerspiegeln, könne er nicht eindeutig beantworten. Letztlich konnte der Sachverständige Oberarzt Dr. Madam it auch die Frage des Vorliegens eines Behandlungsfehlers in Form eines Befunderhebungsfehlers nicht abschließend und inhaltlich überzeugend beantworten.

Dad er gerichtliche Sachverständige Dr. Ma mit der Beantwortung der ihm gestellten Fragen offensichtlich überfordert war und eine inhaltlich fundierte und nachvollziehbare Stellungnahme zu der Bewertung des Behandlungsgeschehens nicht abgeben, zudem auch die Einwendungen des in diesem Termin anwesenden Privatsachverständigen Prof. Dr. F. nichthinreichend beantworteten konnte, hat der Senat mit Beschluss vom 12.2.2007 die Einholung eines Ober-Gutachtens gem. § 412 ZPO angeordnet. Die aufgezeigten schwerwiegenden Mängel des gerichtlichen Gutachtens von Prof. Dr. So/Dr. Ma sowie die inhaltlichen Mängel des mündlichen Erläuterung dann noch offenbare Mängel der fachlichen Kompetenz zur Beantwortung der maßgeblichen medizinischen Fragen in diesem Fall, die dem Senat bereits zu der Anordnung gem. § 412 ZPO Anlass gegeben haben, führen im Ergebnis auch dazu, dass diese Feststellungen den Senat nicht überzeugen und die gut begründeten Ergebnisse des eingeholten Ober-Gutachtens von Prof. Dr. T nicht zu erschüttern vermögen.

Eine erneute Anhörung von Dr. Ma vor dem Senat war vor diesem Hintergrund nicht veranlasst. Zumal der Obergutachter Prof. Dr. T sich gemäß den Vorgaben des Beweisbeschlusses des Senats vom 12.2.2007 (Bl. 501–503 d. A.), in seinem schriftlichen Gutachten bereits ausführlich mit den ärztlichen Stellungnahmen von Prof. Dr. Sound Dr. Ma auseinandergesetzt hat und neue Ansatzpunkte insoweit weder dargetan worden noch sonst ersichtlich sind.

Nachall demist der Senat nach dem Ergebnis der in der zweiten Instanz ergänzten Beweis aufnahme davon überzeugt, dass dem Beklagten ein Befunderhebungsfehler anzulasten ist.

b) Auf der Grundlage des gynäkologischen Obergutachtens von Prof. Dr. Tim Zusammenhang mit den pädiatrischen/neuropädiatrischen Gutachten von Prof. Dr. Schund Prof. Dr. Asprich viel dafür, dass die erforderliche Kausalität zwischen dem Behandlungsfehler des Beklagten und der Gesundheitsschädigung des Klägers anzunehmen ist. Denn überzeugend hat Prof. Dr. TaufS .37,38 seine schriftlichen Gutachten zu der Frage der Kausalität ausgeführt, dass die vorliegende Behandlungsfehler in einer unterlassenen Erhebung gebotener Befunde, insbesondere einer entsprechend maschinellen Etablierung der Blutdruckmessung bis hin zum 24-stündigen Monitoring des mütterlichen Blutdrucks bestehe. Hätte der Beklagte diese Untersuchung selbst vorgenommen, so wäre mit Wahrscheinlichkeit eine sicherhöheren systolischen aber auch diastolischen Blutdruck festgestellt gewesen, ebenso wie die Eiweißausscheidung eindeutig pathologischen Bereich zu quantifiziert gewesen wäre. Hier hätte die unverzüglich stationäre Einweisung mit der Folgeentsprechend maschineller Kontrollen sowohl des Blutdrucks als auch des kindlichen Befindens resultieren müssen. Wäre dies wie geboten geschehen, so hätte mindestens mit Wahrscheinlichkeit dies sich anbahnende Eklampsie früher erkannt und auch die Entbindung des Klägers zu einem früheren Zeitpunkt vorgenommen werden können. Wäre dies geschehen, und gehed der Senats aufgrund der sachverständigen Stellungnahme des Neonatologen davon aus, dass sich dies schwere Asphyxie unmittelbar in der letzten Phase der Geburt ereignet habe, so wäre bei ordnungsgemäßer Reaktion auf die mit Wahrscheinlichkeit erhobenen Befunde die schwere Asphyxie des Klägers verhindert worden.

Da Prof. Dr. Schin seinem Schlichtungsgutachten mit überzeugender Begründung zudem Ergebnis gelangt, der Kläger habe eine ganz schwere, unmittelbar zeitlich geburtsassoziierte hypoxisch-ischämische Hirnschädigung erlitten (S.26f. des Gutachtens=Bl.30Rs.d.A.) und seine Hirnschädigung mit einer ganz hohen Wahrscheinlichkeit (auch) durch die ganz schwere Geburtsasphyxie verursacht worden (S.28 des Gutachtens=Bl.31Rs.d.A.), spricht alles für zumindest eine Mitursächlichkeit des Behandlungsfehlers des Beklagten für die schwere Asphyxie des Klägers und damit auch seinen schweren Hirnschaden.

Unabhängig davon kommen wegen des festgestellten Verstoßes des Beklagten gegen seine Befunderhebungspflicht dem Kläger Beweiserleichterungen zugute. Ein Verstoß gegen die Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde lässt im Wege der Beweiserleichterung für den Patienten auf ein reaktionspflichtiges positives Befundergebnis schließen, wenn ein solches hinreichend wahrscheinlich ist, regelmäßig jedoch nicht auch auf eine Ursächlichkeit der unterlassenen Befundauswertung für einen vom Patientenerlittenen Gesundheitsschaden (BGHv. 13.2.1996–VIZR402/94, MDR 1996, 694=NJW 1996, 1589; 1998, 818; 1999,

3408;2003,2827). Für die Kausalitätsfrage kann der Verstoß gegen die Befunderhebungs- und Sicherungspflicht aber dann beweislicher und Bedeutung gewinnen, wenn im Einzelfall zugleich auf ein grobes Behandlungsfehler zu schließen ist. Dies ist dann der Fall, wenn sich – ggf. unter Würdigung zusätzlicher medizinischer Anhaltspunkte – ein so deutlicher und gravierender Befund als hinreichend wahrscheinlich ergibt, dass eine Verkenntung sichals fundamental fehlerhaft darstellen müsste (BGH, a. a. O.).

Die hinreichende Wahrscheinlichkeit für ein reaktionspflichtiges Ergebnis bei weiterer Befunderhebung durch den Beklagten hat Prof. Dr. Tinsich schlüssig und überzeugend auf S. 37 seines schriftlichen Gutachtens zweifellos freigebejaht. Wie bereits oben ausgeführt, hat er dazu festgestellt, dass in dem Falle einer engmaschigeren Etablierung der Blutdruckmessung bis hin zum 24-stündigen Monitoring des mütterlichen Blutdrucks mit Wahrscheinlichkeit einsicherhöher systolischer aber auch diastolischer Blutdruck festzustellen gewesen wäre, ebenso wie die Eiweißausscheidung im eindeutigen pathologischen Bereich zu quantifizieren gewesen wäre. Hieraus haben die unverzüglich stationäre Einweisung mit der Folge entsprechend engmaschiger Kontrollen sowohl des Blutdrucks als auch des kindlichen Befindens resultieren müssen. Im Rahmen der mündlichen Erläuterung seines Obergutachtens vor dem Senat am 8. 10. 2007 hat Prof. Dr. Tergänzt, dass er das bedeute, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die weitere Befunderhebung ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätte, ebenso groß sei wie diejenige, dass eben dies nicht der Fall gewesen sei. Im Übrigen ist bereits Prof. Dr. Soist in seinem ersten Ergänzungsgutachten vom 22. 2. 2005 auf S. 2 unten (Bl. 2 10 d. A.) zuzuer Einschätzung gekommen, dass ein reaktionspflichtiges Diagnose im Falle wiederholter Messungen „sehr wahrscheinlich“ gewesen sei.

Nach der oben wiedergegebenen Rechtsprechung des BGH hat der Kläger im weiteren auch die erforderliche Kausalität zwischen dem ärztlichen Fehler des Beklagten und dem bei ihm eingetretenen Gesundheitsschaden bewiesen. Prof. Dr. Thats nämlich auf S. 37, 38 und 39 seines schriftlichen

Ober-Gutachtens vom 16. 6. 2007 festgestellt, dass bei der gebotenen weiteren Befunderhebung sich mindestens mit Wahrscheinlichkeit die es sich anbahnende schwere Präeklampsie bis Eklampsie früher erkannt und auch die Entbindung des Klägers zu einem früheren Zeitpunkt vorgenommen worden wäre. Die fehlende Reaktion auf den mit Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Blutdruckbefund vor dem Hintergrund der beschriebenen klinischen Situation sei als solches ein Fehler anzusehen, der gegen elementare Regeln des Faches verstöße und in einem gewissenhaft arbeitenden Frauenarzt schlechterdings nicht unterlaufendürfe.

Auch insoweit folgt der Senat den insich schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. T.

c) Angesichts des Ausmaßes der geburtsbedingten Schädigung des Klägers erscheint dem Senat das geforderte Gesamtschmerzensgeld von 500.000 € angemessen und auch erforderlich. Der Senat stützt sich dabei auf die eingehende Darlegung des gesundheitlichen Zustands des Klägers und seiner gesundheitlichen Perspektiven für die Zukunft in dem Gutachten des pädiatrischen/neuropädiatrischen Sachverständigen Prof. Dr. Sch vom 10.7.2002 im Schlichtungsverfahren (Anlage K 2 zur Klageschrift, Bl. 18 ff. d. A.) sowie in dem mindestens rBerufungsinstanzergänzend eingeholten neuropädiatrischen Gutachten von Prof. Dr. Avom 21.7.2007 (s. Akteneinband).

Prof. Dr. Sch ist in seinem Schlichtungsgutachten (S. 8 unten, Bl. 21 unten d. A.) zu dem Ergebnis gelangt, dass der Kläger lebenslang vollständig hilfsbedürftig und aufsichtsbedürftig bleiben werde, auch Ansätze einer eigenen Lebensgestaltung würdigen ganz sicher nicht möglich sein. Diese Schlussfolgerung des Sachverständigen, dass es sich bei dem Kläger um ein schwerstbehindertes Jungenhandelt, ist vor dem Hintergrund der zuvor im Einzelnen geschilderten körperlichen Beeinträchtigung des Klägers ohne weiteres nachvollziehbar. Der Sachverständige Prof. Dr. Sch hat nämlich eine ganz schwere allgemeine, d. h. psycho-mentale, sprachliche und motorische Entwicklungsstörung beim Kläger diagnostiziert. Er leidet unter einer schweren Cerebralen Parese im Sinne einer spastischen, etwas seitendifferenten Tetraparese und einer ganz schweren, auch weitgehend therapieresistenten multifokalen (herdförmigen) Epilepsie. Unmittelbar nach der Geburt sei eine schwere Regression des Kopfwachstums mit Ausbildung einer extremen Mikrocephalie erfolgt. Das bildmorphologische Läsionsmuster des Gehirns deute auf eine weitgehende Zerstörung des Hirnmantels hin, sodass allenfalls isolierte Restfunktionen nachweisbar seien (S. 8 des Gutachtens, Bl. 21 Rs. d. A.).

Diese Ergebnisse aus dem Schlichtungsverfahren werden durch das in der Berufungsinstanzergänzend eingeholte neuropädiatrische Sachverständigen Gutachten von Prof. Dr. Avom 21.6.2007 (s. Akteneinband) bestätigt. Prof. Dr. A hat in seinem Gutachten, nachdem er den Kläger am 13.4.2007 in einem Alter von damals 65/12 Jahren persönlich untersucht hat, den Gesundheitszustand des Klägers u. a. wie folgt beschrieben:

Der Kläger sei nicht lauffähig und werde in einem speziellen Wagen gebracht. Er könne seine Nahrung nicht selbständig aufnehmen, auch das Schlucken sei nicht möglich. Er habe deshalb eine PEG (perkutane Gastroenterostomie) angelegt bekommen, werde also durch ein durch die Bauchdecke geführtes Schlauch mit flüssiger oder feinpürierter Nahrung und auch Medikamenten versorgt. Trotz der Gabekrampfverhindernder Medikamente träte täglich ca. zehnmal Krampfanfälle auf. Der Kläger, der in einem speziellen Kindergarten für behinderte Kinder besuche, trage kontinuierlich Windeln und sei nicht kontinent. Er wende zwar den Kopf zum Licht, fixiere aber nicht. Höre er sei möglich, es gebe aber keine Sprachbildung. Nach den Angaben seiner Eltern reagiere er differenziert auf Familienangehörige, was

glaubhaft sei, sich allerdings während der Untersuchung nicht haben verifizieren lassen. Während der Untersuchung haben der Kläger auf Bewegung, Geräusche und Umwelteinflüsse reagiert.

Es sei eindeutlich erhöhter Tonus der gesamten Muskulatur, insbesondere von Armen und Beinen festgestellt worden. Gezielte Bewegungen oder selbständige Fortbewegung inklusive Drehung von Bauch- in Rückenlage oder umgekehrt sei aber nicht möglich. Im Ergebnis sei ein wesentliche Befundänderung ggü. dem Gutachten von Prof. Dr. Schaum dem Jahr 2002 nicht festzustellen. Dass die schwerste Behinderung bisher nicht zu schweren Gelenkversteifungen geführt habe, sei offensichtlich auf die konsequente Krankengymnastik zurückzuführen, die weiter fortgeführt werden müsse. Auf der anderen Seite seien keine wesentlichen Fortschritte in der intellektuellen und motorischen Entwicklung des Klägers zu verzeichnen. Der motorische Entwicklungszustand des Klägers entspreche dem eines jungen Säuglings in den ersten zwei Lebensmonaten, erschwerend komme die Muskelhypertonie hinzu. Der Kläger sei erheblich mit dem Längen-, Gewichts- und Kopfwachstum zurückgeblieben. Auch die intellektuelle Entwicklung sei mit der eines jungen Säuglings im ersten Lebenshalbjahr vergleichbar.

Der Kläger sei schwerst behindert, er könne nicht schlucken, sprechen, sich selbständig fortbewegen, greifen und gezielt auf seine Umwelt reagieren. Für die Zukunft seien nur geringe Fortschritte in Bezug auf motorische und mentale Entwicklung zu erwarten. Der Kläger werde mit Sicherheitsbehinderung bleiben, nur Nuancen seiner Äußerungen und Interaktionen mit der Umwelt ließe eine Verbesserung erwarten. Er werde weiterhin vollständig auf fremde Hilfe angewiesen und ständig aufsichtsbefürtigt sein. Selbst die Unterbringung und Beschäftigung in einer beschützenden Werkstatt werde in Zukunft nicht zu erwarten sein, der Kläger werde höchstwahrscheinlich lebenslang in Pflegefall der höchsten Stufe bleiben. Die zunehmende (wenn auch subnormale) körperliche Entwicklung werde die Pflege zusätzlich erschweren (S. 3 des Gutachtens).

Im Ergebnis stellt sich die Situation des Klägers demzufolge als eine körperliche, psychische und intellektuelle Beeinträchtigung dar, wie sie größer und schlimmer kaum vorstellbar ist. In Ansehung dieser Umstände erscheint es dem Senat angemessen und auch geboten, bei der Bemessung des dem Kläger zuzuerkennenden Schmerzensgeldes den Höchstbetrag zugrunde zu legen, wie er in der neueren Rechtsprechung (OLG Köln, VersR 2007, 219; OLG Hamm v. 16.1.2002 – 3 U 156/00, OLG Report Hamm 2002, 324 = GesR 2002, 101 = VersR 2002, 1163; 2004, 386) allgemein und zu Recht als angemessen und erforderlichlicherachtet wird bei schwerstgeschädigten Menschen. Wie in den Vergleichsfällen liegt auch beim Kläger ein maximales Beeinträchtigung der physischen und psychischen Persönlichkeit vor, der Kläger ist in der „Wurzel seiner Persönlichkeit“ getroffen. Diese Maximalschädigung wird sein ganzes Leben lang anhalten. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Gesamtschmerzensgeldbetrag von insgesamt 500.000 € in jeder Hinsicht angemessen und auch erforderlich.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus §§ 288, 286 BGB. Mit Schriftsatz vom 2.5.2003 (Bl. 39d.A.) hat der Kläger die Haftpflichtversicherung des Beklagten unter Fristsetzung bis zum 31.5.2003 erfolglos u.a. zur Zahlung von Schmerzensgeld aufgefordert.

2. Der Feststellungsantrag, der auf die Feststellung der Verpflichtung des Beklagten zur Erstattung sämtlichen materiellen Schadens gerichtet ist, ist zulässig. Das erforderliche Feststellungsinteresse fehlt nicht deshalb, weil der Kläger den in der Vergangenheit bereits entstandenen Schaden beziffern und insoweit Leistungsklage erheben müsste. Denn ist bei der Klageerhebung ein Teil des Schadens schon entstanden, die Entstehung weiteren Schadens aber noch zu erwarten, so ist der Kläger grundsätzlich nicht gehalten, seine Klage in eine Leistungs- und eine Feststellungsklage aufzuspalten (BGHv. 21.2.1991 – III Z R 204/89, VersR 1991, 788 unter IV.1.b) m.w.N.). Soliegt es auch hier. Dass die Schadensentwicklung noch nicht abgeschlossen ist, steht außer Frage.

Der Feststellungsantrag ist auch begründet. Dass dem Kläger gegen den Beklagten dem Grunde nach ein Anspruch auf Schadensersatz zusteht, ist bereits unter 1. ausführlich dargelegt worden. Insoweit wird auf die Ausführungen oben verwiesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 92, 97, 100, 516 Abs. 3 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit auf §§ 708 Nr. 10, 711.

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen dafür gem. § 543 Abs. 2 ZPO nicht vorliegen.