
Datum: 07.01.2026
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 115/24
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2026:0107.5U115.24.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 25 O 454/20

Leitsätze:

Zum notfallmedizinischen Standard im Fall eines außerklinischen Nabelschnurvorfalles bei der Lagerung und dem Transport der Schwangeren in die Geburtsklinik, der im vorliegenden Fall nach den aufgrund sachverständiger Beratung getroffenen Feststellungen eine Beckenhochlagerung und ein transvaginales Hochschieben des vorangehenden Kindsteils zur Entlastung der Nabelschnur erforderte.

Im Falle einer Haftung der Behandlungsseite für einen hypoxischen Hirnschaden mit spastischer Zerebralparese und schwerster geistiger und körperlicher Behinderung des Kindes kann sich, wenn nicht einmal die Möglichkeit einer Kommunikation mit den Eltern besteht, ein Schmerzensgeld von 650.000 € als gerechtfertigt darstellen. Soweit sich der Senat in schweren Geburtsschadensfällen über einen langen Zeitraum an einem Betrag von 500.000 € als angemessen anzusehendes Schmerzensgeld orientiert hat, hält er hieran im Hinblick auf die eingetretene Geldentwertung nicht fest.

Tenor:

Die Berufung des Beklagten gegen das am 25.09.2024 verkündete Urteil der 25. Zivilkammer des Landgerichts Köln - 25 O 454/20 - wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens einschließlich der Kosten der Streithelferin trägt der Beklagte.

Das vorliegende Urteil und die angefochtene Entscheidung sind vorläufig vollstreckbar. Dem Beklagten wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abzuwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

1

I.

2

Die am 00.00.2015 geborene Klägerin nimmt den beklagten Landkreis auf Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld in Anspruch. Sie wirft dem Notarzt, der an einem Rettungseinsatz am Tag ihrer Geburt beteiligt war, behandlungsfehlerhaftes Verhalten vor.

3

Ihre Mutter, geboren am 00.00.1990, war als Erstgebärende in der 35. Schwangerschaftswoche mit der Klägerin schwanger. In der Nacht des 27.05.2015 gegen 3:50 Uhr bemerkten die Eltern der Klägerin den Abgang von Fruchtwasser und das Hervortreten eines Teils der Nabelschnur aus der Scheide (Nabelschnurvorfal). Sofort wurde über die Notrufnummer 112 der Rettungsdienst alarmiert. Der Notarzt erhielt um 3:52 Uhr die interne Einsatzmeldung. Zwei Minuten später, um 3:54 Uhr, trafen die Rettungssanitäter ein, der Notarzt folgte um 4:00 Uhr. Er ordnete an, die Schwangere flach zu lagern und jegliches Aufrichten zu vermeiden. Der Blutdruck wurde mit 137/96 mmHG gemessen. Die Nabelschnur wurde kontrolliert und als warm dokumentiert. Wegen eines sperrigen Schrankes war ein Transport der Trage durch die Zimmertür unmöglich. Der Notarzt rief um 4:04 Uhr die Feuerwehr hinzu. Diese brachte die Mutter auf einem Spineboard über ein straßenseitiges Fenster ins Freie. Um 4:24 Uhr begann der Transport in die M., wo die Ankunft um 4:40 Uhr dokumentiert ist. Eine Mitarbeiterin führte ihre Hand vaginal in die Mutter der Klägerin ein, um den Kindskopf manuell zurückzuschieben. Zudem wurde unmittelbar die Notsectio beschlossen. Der Ultraschall oder das CTG zeigten zu diesem Zeitpunkt keine kindlichen Herztöne mehr. Die Geburt durch Notsectio erfolgte laut Verlaufsdokumentation um 4:51 Uhr, nach dem Anästhesieprotokoll um 4:55 Uhr. Die Klägerin wurde ohne Lebenszeichen geboren, sofort den Pädiatern übergeben, reanimiert und beatmet. Die Blutgaswerte zeigten eine schwere Azidose (Nabelarterien-pH 6,66; BE -23 mmol/l). Die APGAR-Werte lagen bei 0/2/5 nach 1, 5 und 15 Minuten. Im Anschluss erfolgte eine 72-stündige Hypothermiebehandlung. Der stationäre Aufenthalt dauerte bis zum 22.07.2015. Die Klägerin erlitt durch den Sauerstoffmangel eine schwerste Schädigung in Form einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie. Sie ist seit der Geburt tiefgreifend entwicklungsverzögert und leidet unter einer spastisch-dystonen Zerebralparese. Ihr wurde der Pflegegrad 5 zuerkannt. Die Klägerin kann nicht schlucken, wird über eine PEG-Sonde ernährt, die sich regelmäßig entzündet, und muss häufig abgesaugt werden. Sie ist vollständig inkontinent, kann weder sprechen noch gezielt sehen und zeigt keine erkennbare Orientierung. Willkürliche Bewegungen, Stehen oder Gehen sind unmöglich. Sie kann nichts greifen, besitzt keinen Muskeltonus und keine Koordination. Spastiken treten regelmäßig auf, besonders bei Lageveränderungen. So verbringt sie den Großteil des Tages auf dem Schoß ihrer Mutter, die sie trägt und beruhigt. Sie schläft spät ein, wacht mehrfach in der Nacht auf und muss jedes Mal von den Eltern betreut werden. Einziger erkennbarer Bezug ist die Mutter, bei der sie sich beruhigt. Eine darüber hinaus gehende Teilhabe am Leben ist nicht

4

feststellbar.

Die Klägerin hat erstinstanzlich behauptet, ihre Mutter sei vom Notarzt und Rettungsteam falsch gelagert und transportiert worden. Statt einer Flachlagerung hätte eine Position wie Knie-Ellenbogen-, Seiten- oder eine Rückenlage mit erhöhtem Becken gewählt werden müssen, um den Druck des kindlichen Kopfes auf die Nabelschnur zu verringern und so die Sauerstoffversorgung sicherzustellen. Der leicht erhöhte Blutdruck der Mutter habe ein Unterlassen dieser Lagerung nicht gerechtfertigt. Zudem sei der Abtransport fehlerhaft gewesen: Es sei zu viel Zeit bis zum Eintreffen der Feuerwehr verstrichen; die Mutter hätte auch ohne Trage durch die Tür gebracht werden können. Statt die weiter entfernte M. hätte man das näher gelegene X. in O. anfahren müssen. Zweifelhaft sei, dass der Notarzt dort telefonisch abgewiesen worden sei; jedenfalls hätte er sich zum richtigen Vorgehen bei Nabelschnurvorfällen beraten lassen müssen. Der Notarzt hätte außerdem das kindliche Köpfchen manuell zurückschieben müssen, wie es später in der Klinik tatsächlich geschehen sei. Dass er dies unterlassen habe, sei grob fehlerhaft. Die bei ihr eingetretenen Schäden seien nicht ausschließlich durch den Nabelschnurvorfälle oder die Frühgeburtlichkeit verursacht worden; insbesondere sei nicht belegt, dass die Nabelschnur pulslos gewesen sei. Die Klägerin hat die gesundheitlichen Schäden daher als Folge der Fehler des Notarztes angesehen und ein Schmerzensgeld von mindestens 500.000 € für angemessen gehalten. Anderweitige Ersatzmöglichkeiten bestünden nicht. Die M. habe standardgerecht gehandelt und die Notsectio im gebotenen Zeitfenster durchgeführt. Verjährung sei nicht eingetreten, da die Eltern erst 2020 erstmals Hinweise auf die fehlerhafte Lagerung und den verzögerten Transport erhalten hätten und den Zusammenhang zuvor nicht hätten erkennen können.

5

Die Klägerin hat weiter ausführlich zum in zweiter Instanz nicht mehr streitigen konkreten Pflegeaufwand unter Vorlage eines Pflegegutachtens vorgetragen. Auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil wird verwiesen.

6

Die Klägerin hat beantragt,

7

1. den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch 500.000 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf diesen Betrag seit dem 16.07.2020 zu zahlen,

8

2. den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin 306.017,02 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf diesen Betrag seit dem 16.07.2020 zu zahlen,

9

3. den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin ab dem 01.05.2020 eine vierteljährlich vorauszahlbare Rente in Höhe von monatlich 4.836,76 € zu zahlen und Rückstände ab dem Zeitpunkt der Fälligkeit mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen,

10

4. festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin alle weiteren materiellen und zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung noch nicht vorhersehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen, die auf die fehlerhafte Behandlung zurückzuführen sind, soweit nicht Ansprüche auf öffentlichrechtliche Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind oder noch übergehen werden,

11

5. den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin die Kosten für die vorgerichtliche Rechtsverfolgung i.H.v. 11.954,74 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 06.02.2021 zu zahlen.

12

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

14

Der Beklagte hat die Einrede der Verjährung erhoben. Er hat die Auffassung vertreten, dass Amtshaftungsansprüche gemäß § 839 BGB i. V. m. Art. 34 GG ausgeschlossen seien, wenn eine anderweitige Ersatzmöglichkeit bestehe. Die Klägerin müsse nachweisen, dass eine solche nicht vorhanden sei. Der Notarzt habe fachgerecht gehandelt. Aufgrund der engen und verwinkelten Wohnung sowie der nicht vollständig zu öffnenden Schlafzimmertür sei ein Transport durch die Tür nicht möglich gewesen. Daher sei es erforderlich gewesen, die Feuerwehr zu rufen und die Mutter der Klägerin liegend über das Fenster zu bergen, um die Flachlagerung beizubehalten. Die Nabelschnur sei untersucht und dabei pulslos dokumentiert worden. Der eingesetzte Notarzt sei Internist mit der Zusatzqualifikation Notfallmedizin, jedoch kein Gynäkologe. Ein Nabelschnurprolaps sei eine extrem seltene Komplikation, die selbst erfahrene Gynäkologen nur selten sähen. Der Notarzt habe sich richtigerweise für einen durchgehenden Liegendtransport entschieden, da dies dem üblichen Vorgehen in gynäkologischen Notfällen entspreche. Vorrang habe stets die Sicherheit der Mutter, da diese Voraussetzung für das Überleben des Kindes sei. Der erhöhte Blutdruck habe zudem das Risiko einer Eklampsie begründet. Ein Transport ohne Trage hätte zu einem Druck auf die Nabelschnur geführt, den der Notarzt unbedingt vermeiden wollen.

15

Beckenhochlagerung oder andere spezielle Positionen seien auf dem Spineboard nicht möglich gewesen. Weiter hat der Beklagte behauptet, das X. in O., dem mit am 18.12.2023 zugestellten Schriftsatz vom 24.11.2023 (Bl. I 567 ff.) der Streit verkündet worden ist, habe nach telefonischer Anfrage die Aufnahme abgelehnt, nachdem der Notarzt den Befund mitgeteilt habe. Der dortige Gynäkologe habe vielmehr ausdrücklich angewiesen, die M. als spezialisierte Einrichtung mit Neonatologie anzufahren. Dies sei nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Ein Notarzt sei nicht verpflichtet, die Gründe einer Ablehnung zu hinterfragen oder ein Krankenhaus dennoch anzufahren, da dies wertvolle Zeit kosten würde. Eine unzulässige Ablehnung begründe vielmehr eine anderweitige Ersatzmöglichkeit. Die M. sei daraufhin angesteuert worden. Dort sei jedoch nicht sofort eine Notsectio erfolgt, sondern zunächst ein CTG geschrieben worden. Die ordnungsgemäße Übernahme und Behandlung in der Klinik werde bestritten. Nach Auffassung des Beklagten sind die Schäden der Klägerin nicht durch das Vorgehen des Notarztes verursacht, sondern ausschließlich durch den Nabelschnurvorfal und die hierdurch bedingte Frühgeburt. Der primäre Schaden sei bereits beim Eintreffen des Rettungsdienstes eingetreten und nicht mehr vermeidbar gewesen.

Wegen der Einzelheiten des streitigen Vorbringens der Parteien und der tatsächlichen Feststellungen des Landgerichts wird gemäß § 540 Abs. 1 Nr. 1 ZPO auf die Ausführungen in dem angefochtenen Urteil (Bl. I 751 ff.) Bezug genommen.

16

Das Landgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines gynäkologischen Zusatzgutachtens des Sachverständigen U., durch ein internistisch-notfallmedizinisches Sachverständigengutachten der Sachverständigen P. und ein pädiatrisches Sachverständigengutachten nebst schriftlicher Ergänzung des Sachverständigen K. sowie durch Anhörung der genannten Sachverständigen und der Eltern der Klägerin im Termin vom 25.10.2023. Hinsichtlich des Inhalts der Beweisergebnisse wird auf die Gutachten vom 06.07.2022 (Bl. I 169 ff.), vom 13.01.2023 (Bl. I 218 ff.), vom 12.02.2023 (Bl. I 240 ff.) und vom 26.03.2023 (Bl. I 273 ff.) sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 25.10.2023 (Bl. I 335 ff.) verwiesen.

17

Das Landgericht hat sodann der Klage ganz überwiegend stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 650.000 €, von 302.502,75 € Schadensersatz

18

für Pflegeleistungen, einer monatlichen Rente von 4.783,71 € seit dem 01.05.2020 und von vorgerichtlichen Kosten von 11.954,74 € verurteilt sowie die Haftung der Beklagten für alle weiteren materiellen und nicht vorhersehbare immaterielle Schäden festgestellt. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat die Kammer ausgeführt, die Klägerin habe Anspruch auf Schmerzensgeld in Höhe von 650.000 € gemäß § 839 BGB in Verbindung mit Art. 34 GG aufgrund grob fahrlässigen Vorgehens des Notarztes. Dieser habe die medizinisch gebotene Kopftieflagerung mit Beckenhochlagerung unterlassen, ebenso das manuelle Hochschieben des kindlichen Kopfes zur Entlastung der abgedrückten Nabelschnur. Auch habe er es versäumt, einen venösen Zugang zu legen und den Puls der Nabelschnur zu prüfen. Sämtliche Sachverständige hätten bestätigt, dass diese Maßnahmen den Standard der Geburtshilfe darstellten. Bei dem Unterlassen des Hochschiebens des vorangehenden Kindesteils handele es sich um einen grob fahrlässigen Behandlungsfehler, da es für jedermann erkennbar gegen elementare Regeln der Notfallversorgung verstoßen habe. Einem erfahrenen Notarzt müsse bewusst sein, dass die Kompression der Nabelschnur eine akute Gefahr für das ungeborene Kind bedeute und umgehend Maßnahmen zur Entlastung erfordere. Die völlige Untätigkeit sei nicht nachvollziehbar und indiziere eine grob fahrlässige Pflichtverletzung. Da bei groben Behandlungsfehlern die Beweislastumkehr greife, hätte der Beklagte beweisen müssen, dass die Schäden auch bei ordnungsgemäßem Vorgehen eingetreten wären. Dies sei ihm nicht gelungen. Vielmehr hätten die medizinischen Gutachten ergeben, dass bei Durchführung der genannten Maßnahmen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine gesunde Geburt möglich gewesen wäre. Alternative Ursachen wie eine vorzeitige Plazentalösung oder die Frühgeburtlichkeit könnten nicht festgestellt werden. Die Klägerin habe bewiesen, dass keine ernsthafte Möglichkeit eines anderweitigen Schadenersatzes nach § 839 Abs. 1 S. 2 BGB bestehe. Weder den beteiligten Kliniken noch den behandelnden Ärzten sei ein kausaler Fehler nachzuweisen gewesen. Hinsichtlich der zunächst angerufenen Geburtsklinik habe die Beweisaufnahme ergeben, dass die Ablehnung einer Aufnahme der Mutter nicht fehlerhaft gewesen sei. Eine Klinik sei in solchen Fällen lediglich zur Erstversorgung verpflichtet, nicht jedoch zur weiterführenden Behandlung. Da die Mutter der Klägerin keiner Stabilisierung bedurft habe, sondern eine sofortige Notsectio und im Anschluss eine neonatologische Versorgung erforderlich gewesen seien, habe die Entscheidung, ein spezialisiertes Zentrum anzusteuern, sich als sachgerecht dargestellt. Auch der Einwand des Beklagten, der Gynäkologe habe den Notarzt nicht zu weiteren geburtshilflichen Maßnahmen angeleitet, begründe keine Pflichtverletzung, da es sich lediglich um eine Transportentscheidung gehandelt habe. Ebenso könne die Klägerin keinen Schadenersatz gegen die nachbehandelnde Klinik der Streithelferin herleiten. Die Sachverständigen hätten weder in der gynäkologischen noch in der neonatologischen Behandlung Fehler gesehen. Die behauptete Zeitverzögerung durch ein CTG könne nicht bestätigt werden; die zeitlichen Abläufe entsprächen vielmehr den medizinischen Standards. Auch die neonatologische Versorgung sei fachgerecht erfolgt; die nicht wirksame Kühltherapie habe der Klägerin jedenfalls nicht geschadet. Schließlich scheitere auch ein Anspruch gegen die niedergelassene Gynäkologin, die die Schwangerschaft betreut habe. Der vom Beklagten erhobene Vorwurf einer übersehenen Cervixinsuffizienz sei verspätet vorgebracht worden und habe zudem keinen Rückhalt in der Dokumentation gefunden. Die Befunde der letzten Untersuchungen seien unauffällig gewesen und hätten keine Hinweise auf eine drohende Frühgeburt ergeben. Der Anspruch sei nicht verjährt. Die Kammer hat ein Schmerzensgeld von 650.000 € nach § 253 BGB für angemessen gehalten und hat dabei die schwerste hypoxische Gehirnschädigung mit Zerebralparese, Spastiken, Schluckstörung, Intelligenzminderung, Sprachlosigkeit und Blindheit berücksichtigt. Die Klägerin sei vollständig inkontinent, unfähig zu selbstständigen Bewegungen, könne weder essen noch trinken, werde über eine PEG-Sonde ernährt und brauche rund um die Uhr Intensivpflege. Eigenständige Persönlichkeit oder Teilhabe am

Leben seien ausgeschlossen. Im Termin habe sich die Kammer selbst ein Bild vom Ausmaß der Beeinträchtigung gemacht und die außerordentliche Pflegeleistung der Eltern gewürdigt, die ein noch schlechteres Befinden verhindere. Die Klägerin sei lebenslang auf umfassende Betreuung angewiesen, wobei ihre starke motorische und emotionale Unruhe eine zusätzliche Belastung darstelle. Die Festsetzung eines Betrages von 650.000 € sei aufgrund von Inflation und Kaufkraftverlust gegenüber früher meist mit einem Schmerzensgeld von 500.000 € bewerteten ähnlich schweren Fällen angemessen. Die Kammer hat sodann im Einzelnen die Höhe des ausgeurteilten Pflegeschadens und der Rentenzahlung begründet. Auf S. 41 ff. des angefochtenen Urteils wird verwiesen.

Gegen dieses Urteil wendet sich die Berufung des Beklagten. Er meint, der Zustand der Klägerin sei bereits vor 03:50 Uhr nicht mehr revisibel gewesen. Entgegen der Annahme des Landgerichtes habe die Zeit der Kompression der Nabelschnur vor Eintreffen des Notarztes länger als 10 Minuten, insbesondere auch länger als die vom Sachverständigen U. angenommenen 8 Minuten, angedauert. Dies ergebe sich daraus, dass unstreitig der Notruf um 3:49 Uhr eingegangen sei, der Notarzt um 4:00 Uhr eingetroffen sei. Vor dem Absetzen des Notrufes seien aber notwendigerweise bereits einige Minuten verstrichen, in denen die Mutter der Klägerin auf der Toilette das Problem bemerkt, ihren Ehemann gerufen und dieser dann den Notruf getätigt habe. Dem Notarzt sei eine gewisse Zeit für eine Entscheidungsfindung zuzubilligen. Es sei daher von einem schädigungsrelevanten Zeitraum ohne Einwirkungsmöglichkeit des Arztes von mindestens 14 Minuten bis hin zu 16 Minuten auszugehen. Diese Zeit reiche nach dem Gutachten des neonatologischen Sachverständigen K. aus, um eine schwere Geburtsasphyxie hervorzurufen. Dieser habe nämlich ausgeführt, dass hypoxische Hirnschäden nach Herzstillstand auch beim Neonaten nach 5-10 Minuten irreversibel seien. Das Landgericht habe somit dem gynäkologischen Sachverständigen fälschlicherweise einen Zeitraum von 8 Minuten für seine Kausalitätsbeurteilung vorgegeben. Im Übrigen stehe die Aussage von U. im unaufgelösten Widerspruch zu den schriftlichen Ausführungen im neonatologischen Gutachten des Sachverständigen K. vom 12.02.2023 (dort Bl. 9). K. habe die gesundheitliche Beeinträchtigung der Klägerin nicht auf eine fehlerhafte Behandlung durch den Notarzt zurückführen können. Nach dem Gutachten des Sachverständigen K. sei der Reanimationserfolg allein der Frühgeburtlichkeit der Klägerin in der 36. Schwangerschaftswoche geschuldet und lasse keinen Rückschluss auf den Zeitpunkt der Hypoxie zu. Das Landgericht habe auch nicht einen groben Behandlungsfehler in Form des Unterlassens des Hochschiebens des kindlichen Kopfes annehmen dürfen. Die Berufung rügt, dass die Kammer mit U. einen gynäkologischen und damit nicht fachgleichen Sachverständigen gewählt habe. Dieser habe das Geschehen nach gynäkologischem Facharztstandard begutachtet, der jedoch für den Notarzt nicht zugrunde zu legen sei. Im Übrigen lasse sich aus dem schriftlichen Gutachten von U. die Feststellung eines Behandlungsfehlers des Notarztes schon nicht entnehmen. Das Gutachten der notfallmedizinischen Sachverständigen P. biete keine ausreichende Grundlage für die Feststellung eines groben Behandlungsfehlers, da diese nicht darlege, woher sich der von ihr angenommene notfallmedizinische Behandlungsstandard ableite. Einen solchen einheitlichen Standard gebe es nicht. Für die von ihr herangezogenen Leitlinien habe die Sachverständige keinen Beleg genannt, das Gutachten enthalte keine wissenschaftlichen Fundstellen, die die Bewertung der Gutachterin stützten. Vielmehr argumentiere die Sachverständige vom Ergebnis her und als Ausfluss ihrer persönlichen Erfahrung und Einschätzung. Die diesbezüglichen Einwendungen des Beklagten habe die Kammer nicht berücksichtigt. Im Übrigen sei bei der Bestimmung des im Einzelfall vorauszusetzenden Standards nicht auf den optimalen, sondern auf den unter den konkreten Gegebenheiten erreichbaren Standard abzustellen. Es sei aber unmöglich gewesen, die Mutter in der ersten Phase der Rettung mittels Spineboards über ein Fenster im Hochparterre korrekt zu lagern. Auch bei der sich

anschließenden Fahrt habe es keine Alternative zur hier gewählten flachen Lagerung gegeben. Der Notarzt habe ferner aus der ex ante Sicht vertretbar den Bluthochdruck der Mutter und die Gefahr einer Eklampsie berücksichtigen dürfen. Die Einordnung als grober Fehler stelle sich zudem aufgrund der Seltenheit des Risikos eines Nabelschnurvorfalles, welches zwischen 0,1 und 0,5 % liege, als falsch dar. Auch U. habe erklärt, im außerklinischen Bereich einen solchen Fall in 40 Jahren nicht gesehen zu haben. Er habe außerdem angegeben, dass eine normale Geburt bereits eine große Herausforderung für einen nicht gynäkologischen Notarzt darstelle. Ein grober Behandlungsfehler könne daher bei der Betreuung einer sehr seltenen geburtshilflichen Komplikation von vornherein nicht angenommen werden. Hinsichtlich des Hochschiebens des Köpfchens widersprachen sich die Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen P. einerseits und der Privatgutachterin J. und des gerichtlichen Sachverständigen K. andererseits. J. habe ausgeführt, dass die hier erforderliche invasive Maßnahme mit einem tiefen manuellen Eindringen in die Scheide von einem gynäkologisch nicht routinierten Notarzt nicht erwartet werden könne. Das Unterlassen einer Maßnahme, die möglicherweise im Rahmen der Weiterbildung theoretisch erörtert werde, stelle sich nicht als grob behandlungsfehlerhaft dar. Wenn nur von einem einfachen Behandlungsfehler ausgegangen werden könne, so käme der Klägerin keine Beweislastumkehr zu Gute und sie könne die Kausalität des Fehlers nicht beweisen. Dass bei Eintreffen des Notarztes noch ein reversibler Zustand bestanden hätte, stehe nicht fest. Die Berufung vertritt weiterhin die Auffassung, dass eine Handlungsanweisung des telefonisch kontaktierten diensthabenden Gynäkologen im X. im Hinblick auf die Lagerung der Mutter und das Hochschieben des Kopfes fehlerhaft unterblieben sei. Der Notarzt sei nicht gehalten gewesen, diese (fehlende) Handlungsanweisung durch Nutzung seines Smartphones zu überprüfen. Die diesbezügliche Auffassung der Kammer sei nicht haltbar. Das Landgericht habe auch unzutreffend eine anderweitige Ersatzmöglichkeit verneint. Tatsächlich bestehe eine anderweitige Ersatzmöglichkeit gegenüber dem Streitverkündeten X.. Das Landgericht habe sich verfahrensfehlerhaft nicht mit den Ausführungen der Privatgutachterin J. auseinandergesetzt, die die Ablehnung der Streitverkündeten als unverständlich bezeichnet habe. Vielmehr sei das Krankenhaus der Streitverkündeten in O. ein geeignetes und das nächstgelegene Krankenhaus gewesen. Das Landgericht habe es unterlassen, den Notarzt als Zeugen zum Inhalt des Telefonates mit dem diensthabenden Gynäkologen des Krankenhauses O. zu vernehmen. Damit sei die Frage eines anderweitigen Ersatzes noch offen und das Landgericht habe einem Amtshaftungsanspruch nicht stattgeben dürfen. Die Berufung wiederholt die Auffassung des Beklagten, ein etwaiger klägerischer Anspruch sei verjährt.

Die Berufung hält weiterhin die Bemessung des Schmerzensgeldes mit 650.000 € für nicht überzeugend begründet. 20

Der Beklagte beantragt, 21

unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen. 22

Die Klägerin und ihre Streithelferin beantragen, 23

die Berufung zurückzuweisen. 24

Die Klägerin verteidigt das angefochtene Urteil und tritt der Berufung nach Maßgabe der Berufungserwidern entgegen. Insbesondere ergebe sich aus den Gutachten von U. und K., dass auch unter Zugrundelegung eines unversorgten Zeitraums der Kindesmutter von 12-14 Minuten die notfallmedizinischen Maßnahmen weiterhin eine vollständige, irreversible Schädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten verhindern können. Die Berufung 25

verkenne, dass sie bei dem festgestellten groben Behandlungsfehler den Kausalitätsgegenbeweis führen müsse, was nicht möglich sei. Angesichts des groben Fehlverhaltens des Notarztes der Beklagten sei die Anwendung des § 839 Abs. 1 S. 2 BGB von vornherein ausgeschlossen.

Hinsichtlich des weiteren Parteivorbringens wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen. 26

II. 27

1. Die Berufung ist zulässig. Zwar hat der Beklagte die Berufungsbegründungsfrist versäumt. Der Senat hat dem Beklagten jedoch in der mündlichen Verhandlung aus den bereits in der Verfügung vom 10.12.2024 dargelegten Gründen Wiedereinsetzung in den vorigen Stand bewilligt. 28

2. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. 29

Das Landgericht hat zu Recht einen Anspruch der Klägerin auf Schmerzensgeld in Höhe von 650.000 € und weiteren Schadensersatz gegen den beklagten Kreis gemäß § 839 Abs. 1 S. 1 BGB i.V.m. Art. 34 GG i.V.m. §§ 249 ff., 253 BGB angenommen. 30

Der die Mutter der Klägerin behandelnde Notarzt hat in Ausübung der dem beklagten Kreis gem. § 6 Abs. 1 Rettungsgesetz NRW übertragenen Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung einschließlich der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst und des Krankentransports gehandelt. Die Klägerin hat bewiesen, dass er bei der Behandlung den notfallmedizinischen Standard unterschritten hat. 31

a. Das Landgericht hat zutreffend festgestellt, dass der Notarzt, der einen Nabelschnurprolaps bei der Mutter der Klägerin richtig diagnostiziert hatte, wie sich aus dem Einsatzprotokoll (Anl. K1 zur Klageschrift, grünes Anlagenheft I) ergibt, fehlerhaft eine flache Lagerung der Mutter der Klägerin angeordnet und ein Hochschieben des vorangehenden Kindesteiles unterlassen hat. 32

aa. Dass es bei Vorliegen eines Nabelschnurprolapses geboten ist, die Schwangere nicht flach zu lagern, sondern vielmehr eine Beckenhochlagerung oder eine Brust-Knie-Lagerung vorzunehmen, und dass das Unterlassen dieser Lagerung einen Behandlungsfehler darstellt, hat das Landgericht zutreffend aufgrund der übereinstimmenden Angaben aller Sachverständigen angenommen. So hat U. in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass die Hochlagerung des mütterlichen Beckens oder die Einnahme einer Knie- Ellenbogenlagerung als Notfallmaßnahme ergriffen werden muss (Bl. I 174). Dies wird durch die notfallmedizinische Sachverständige P. in ihrem schriftlichen Gutachten bestätigt (Bl. I 220). Auch die Privatgutachterin J. schreibt in ihrem Gutachten, das bei einem Nabelschnurvorfalle die Beckenhochlagerung (Trendelenburg-Lagerung) empfohlen werde (Bl. I 694), was ebenfalls von dem Privatgutachter Y. bestätigt wird, der schreibt: „Die in der Fachliteratur beschriebenen Maßnahmen sollen die Nabelschnur entlasten und die Herstellung der vitalen Blutzufuhr gewährleisten. Die Beckenhochlagerung oder Brust-Knie-Lage sollen zu einer Verlagerung des Kindes führen.“ (Bl. I 706). Das Landgericht hat auch überzeugend begründet, warum auch im Fall der Klägerin, bei nötig werdendem Transport durch das Fenster und Einsatzfahrt im Krankenwagen unter Inanspruchnahme von Sonderrechten, eine solche Lagerung der Mutter nicht unterbleiben durfte. Dies ergibt sich entgegen der Auffassung der Berufung aus dem überzeugenden Gutachten der Sachverständigen P., ergänzt durch die Ausführungen von U.. Die gerichtliche 33

Sachverständige hat bereits in ihrem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass selbst unter den räumlich nicht optimalen Bedingungen in der Wohnung der Eltern der Klägerin eine Beckenhochlagerung mittels Unterpolsterung auf dem Spineboard erfolgen konnte (Bl. I 222). In ihrer mündlichen Anhörung hat die Sachverständige dies bekräftigt und erläutert, dass es auch für die Zeit des Heraushebens aus der Wohnung möglich gewesen sei, Kissen unter das Becken der Mutter der Klägerin zu legen und diese dann zu vergurten. Dass dies technisch möglich gewesen ist, hat letztlich auch der Privatgutachter Y. bestätigt, der angegeben hat, dass bei einer Mehrpunktfixierung auf dem Spineboard eine Beckenhochlagerung möglich sei (Bl. I 706). Dass der Rettungswagen eine solche Ausrüstung nicht hatte, hat die Beklagte nicht vorgetragen. Die gerichtliche Sachverständige hat auch klar ausgeführt, dass der erhöhte Blutdruck der Mutter der Klägerin eine Beckenhochlagerung nicht ausschloss. Sie hat erklärt, dass der Blutdruck nur ganz schwach erhöht gewesen sei und deshalb der Schutz des Kindes vorrangig gewesen sei (Bl. I 355). Dies hat U. aus gynäkologischer Sicht bestätigt und erklärt, dass es bei einer jungen und kerngesunden Mutter im Vordergrund stehen musste, das Kind zu retten (Bl. I 355).

Soweit sich die Berufung auf die entgegenstehende Auffassung der Privatgutachterin J. bezieht, ist diese im Ergebnis nicht geeignet, die Ausführungen der gerichtlichen Gutachterin zu entkräften. Zum einen legt die Gutachterin J. eine nicht festgestellte, lediglich von dem Beklagten behauptete tatsächliche Ausgangslage zugrunde. Sie nimmt steigende Blutdruckwerte bei der Mutter der Klägerin im Verlauf an, die aber, wie die Gutachterin selbst einräumt, aus dem Protokoll des Rettungsdienstes nicht ersichtlich sind (Bl. I 695). Zum anderen lässt die Gutachterin J. bei ihrer Beurteilung die Auswirkungen des notärztlichen Handelns auf die Klägerin völlig außer Acht und nimmt keine Abwägung vor, welchen Einfluss die kindlichen Belange, die durch die auch von Frau J. gesehene Sinnhaftigkeit einer Beckenhochlagerung geschützt werden konnten, auf den Transport und die Art der Lagerung haben mussten. Schließlich ergibt sich aus dem Gutachten keine konkrete Auseinandersetzung mit der Frage, warum aus technischen Gründen eine Sicherung der Schwangeren bei Beckenhochlagerung jedenfalls beim Transport im Rettungswagen nicht möglich gewesen sein soll. Zusammengefasst ist daher ohne weiteres nachzuvollziehen, dass die Kammer den Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen P. den Vorzug gegeben hat.

34

bb. Das Landgericht hat auch zutreffend einen Fehler darin gesehen, dass der Notarzt es unterlassen hat, den vorangehenden Kindesteil, hier das Köpfchen, manuell hochzuschieben, um so den Druck auf die Nabelschnur zu entlasten. Dass ein Hochschieben des Kopfes dauerhaft bis zur Durchführung des Kaiserschnitts aus gynäkologischer Sicht geboten war, ergibt sich aus dem Gutachten des Sachverständigen U. (Bl. I 176,177) und wird von dem Beklagten auch nicht in Abrede gestellt. Eine solche Maßnahme war auch von einem Notarzt, der nicht Gynäkologe ist, zu erwarten. Dies hat das Landgericht zutreffend aufgrund der Ausführungen von P. festgestellt. Die gerichtliche Sachverständige hat erläutert, dass zum Erwerb der Zusatzqualifikation „Notfallmedizin“ unabhängig von der Fachrichtung des Arztes auch eine - wenn auch knappe - Ausbildung in gynäkologischen Notfällen, so auch dem Nabelschnurvorfalle, erfolge und insofern das Wissen im Umgang mit einem Nabelschnurprolaps auch von einem Facharzt für Innere Medizin zu verlangen sei (Bl. I 221). Die Sachverständige hat sich zum Beleg ihrer Auffassung bei Fehlen einer Leitlinie auf ein zum Zeitpunkt der Geburt der Klägerin verfügbares Lehrbuch „SOPs in Intensivmedizin und Notfallmedizin“ bezogen, und hat damit entgegen der Kritik der Berufung in ihrem Gutachten nicht lediglich ihre eigene Auffassung dargelegt, sondern sich am wissenschaftlichen Standard orientiert. Dass die Sachverständige damit ein relevantes, gängiges Werk der Notfallmedizin gewählt hat, ergibt sich auch daraus, dass die Privatgutachterin J., die sich

35

ansonsten in ihrem Gutachten auf zum Zeitpunkt der Geburt der Klägerin noch nicht veröffentlichte Literatur beruft, dieses Lehrbuch ebenfalls zitiert hat (Bl. I 691). Letztlich stellen auch die beiden Privatgutachter nicht in Abrede, dass eine – wenn auch knappe und theoretische – Ausbildung jedes Notarztes auch in gynäkologischen Notfällen einschließlich des Nabelschnurvorfalles vorauszusetzen ist und das kontinuierliche Hochschieben des Köpfchens eine gebotene Maßnahme war (Böhm Bl. I 689, 693; Y. Bl. I 704, 706). Zusätzlich hat U. erklärt, dass er selbst den gynäkologischen Teil des Lehrgangs für Feuerwehrleute und Notfallärzte in G. geleitet habe und dabei regelmäßig die Situation des Nabelschnurvorfalles im häuslichen Bereich besprochen habe (Bl. I 349).

Der insbesondere von der Privatgutachterin J. hervorgehobene Umstand, dass ein Notarzt wegen der großen Seltenheit von außerklinischen Nabelschnurvorfällen das transvaginale Hochschieben des Kopfes nie praktisch durchgeführt hat und nicht sicher beherrscht, kann für die Erforderlichkeit der Maßnahme im Einzelfall keine Bedeutung haben. Ein entsprechender Standard wird in der Notfallmedizin trotz des für nahezu alle Notärzte geltenden Einwands gerade angenommen. Dies ist auch schlüssig, weil die Maßnahme nach den Erläuterungen von U. und P., denen die Privatgutachterin J. nicht entgegen getreten ist, für das Kind nicht mit einer Gefahr verbunden ist. Die mangelnde Erfahrung und Beherrschung der Maßnahmen können daher allenfalls dann zur Verneinung eines Standardverstößes führen, wenn der Notarzt das transvaginale Hochschieben des Kindes jedenfalls versucht, dabei aber Hindernisse oder Erschwernisse auftreten, die er deshalb nicht beheben und überwinden kann. 36

Gleichermaßen kann der von dem Beklagten auf das Gutachten des Sachverständigen K. (Bl. I 278) gestützte Einwand, ein Hochschieben des Köpfchens wäre nur für eine kurze Zeit möglich gewesen, nicht verfangen. Zwar war diese Maßnahme während des Transports des Spineboards durch das Fenster nicht möglich, sie hätte jedoch ohne weiteres in der Zeit davor und erneut während des Transportes mit dem Rettungswagen erfolgen können. Letzteres hat insbesondere die Sachverständige P. in ihrer Anhörung bekräftigt und die genaue Vorgehensweise im Rettungswagen beschrieben (Bl. I 354), was U. – der erklärt hat, selbst Rettungsdiensteinsätze gefahren zu haben (Bl. I 348) – als zutreffend bestätigt hat. 37

b. Das Unterlassen der gebotenen Maßnahmen der Beckenhochlagerung und des Hochschiebens des Kopfes ist als grob behandlungsfehlerhaft zu bewerten. 38

aa. Ein Behandlungsfehler ist als grob zu bewerten, wenn der Arzt oder das medizinische Personal eindeutig gegen bewährte Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt bzw. dem medizinischen Personal schlechterdings nicht unterlaufen darf (BGH, Urteil vom 25.10.2011, Az. VI ZR 139/10, VersR 2012, 362 Rn. 8; Urteil vom 17.11.2015, Az. VI ZR 476/14, NJW 2016, 563 Rn. 14; Urteil vom 26.06.2018, Az. VI ZR 285/17, VersR 2018, 1192 ff, Rn. 18; Urteil vom 24.05.2022 - VI ZR 206/21 -, juris Rn. 11). Bei der Einstufung des Fehlverhaltens als grob handelt es sich um eine juristische Wertung, die dem Tatrichter und nicht dem Sachverständigen obliegt. Dabei muss diese wertende Entscheidung des Tatrichters jedoch in vollem Umfang durch die vom ärztlichen Sachverständigen mitgeteilten Fakten getragen werden und sich auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens durch den Sachverständigen stützen können (BGH, Urteile vom 26.06.2018 und vom 24.05.2022, aaO). 39

bb. Dies zugrundelegend nimmt der Senat einen groben Behandlungsfehler in der Gesamtschau aller Umstände an. Dabei wiegt schwer, dass alle Sachverständigen den entsprechenden Standard zur Behandlung eines Nabelschnurvorfalles übereinstimmend 40

beschreiben, was belegt, dass es sich um eine bewährte Behandlungsregel gehandelt hat. Dafür, dass das Vorgehen des Notarztes objektiv unverständlich - auch bei einer Gesamtbetrachtung der Fehler - war, streitet, dass dieser bei offensichtlicher Gefahr und offensichtlichem Handlungsbedarf wegen einer möglichen Kompression der Nabelschnur keinerlei Maßnahmen zu deren Entlastung getroffen hat, obwohl dies einerseits für das Kind wie auch die Mutter nicht gefährlich war, es das Kind aber andererseits vor dem Tod oder schweren Schäden bewahren konnte (vgl. dazu die Sachverständige P. Bl. I 354). Eine Abwägung der gefährdeten Interessen ist daher entweder in Unkenntnis einer bewährten Behandlungsregel unterblieben oder aber mit einem in jeder Hinsicht unvertretbaren Ergebnis vorgenommen worden. Der Gesichtspunkt, dass ein Nabelschnurvorfal im außerklinischen Bereich eine Rarität darstellt und dem Notarzt mit dem Hochschieben des Kopfes der Klägerin – nicht hingegen mit der richtigen Lagerung der Mutter – eine Maßnahme abverlangt wurde, die er zuvor nicht durchgeführt hatte, spricht nicht gegen die Annahme eines groben Behandlungsfehlers. Denn im Verlauf der Notarzttätigkeit wird es immer wieder zu Situationen kommen, die der Notarzt zwar theoretisch erlernt, aber praktisch noch nicht ausgeführt hat. Dies kann aber nicht ein Unterlassen der Maßnahme rechtfertigen, sondern allenfalls die Bewertung eines nicht standardgerechten Versuches beeinflussen.

Gegen die Annahme eines groben Behandlungsfehlers spricht auch nicht die von der Berufung behauptete Handlungsanweisung des Gynäkologen des X.. Der Beklagte hat bereits nicht behauptet oder gar substantiiert vorgetragen, dass der Notarzt nach der aus gynäkologischer Sicht richtigen Notfallbehandlung und Lagerung gefragt hat, so dass er aus der behaupteten bloßen Handlungsanweisung, das Krankenhaus der Streithelferin anzufahren, nicht den Schluss ziehen durfte, dass sonstige Maßnahmen unterbleiben konnten. Zu der nach dem medizinischen Standard richtigen Vorgehensweise während des Transports ergab sich hieraus für den Notarzt nichts. Anweisungen des Gynäkologen zum Verhalten der Ersthelfer während des Transportes, die den Notarzt des Beklagten in der eingeschlagenen Vorgehensweise bestärken konnten, sind nicht vorgetragen und festzustellen.

41

c. Der grobe Behandlungsfehler war ursächlich für die bei der Klägerin eingetretenen schweren gesundheitlichen Folgen, insbesondere den eingetretenen Hirnschaden als Primärschaden. Die Beklagte hat die äußerste Unwahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs nicht beweisen können. Weiterer Aufklärungsbedarf besteht nicht.

42

Nach der Beurteilung des neonatologischen Sachverständigen K. in der mündlichen Verhandlung vor dem Landgericht ist es nicht äußerst unwahrscheinlich, sondern eher wahrscheinlich, dass die Klägerin gesund geboren worden wäre, wenn ein Hochschieben des Kopfes und eine Beckenhochlagerung erfolgt wären (Bl. I 357). Die Aussage hat er nach dem Protokoll unabhängig von der Frage getroffen, ob der Zeitraum zwischen dem Auftreten bzw. Bemerkten des Nabelschnurvorfalles und dem Eintreffen bzw. einer Handlungsmöglichkeit des Notarztes von 3.52 Uhr bis 4.00 Uhr dauerte, wie es das Landgericht dem Sachverständigen erst bei der anschließenden Frage nach der Auslösung irreversibler Schäden vorgehalten hat (Bl. I 357), oder von etwa 3.47 Uhr bis 4.02 Uhr, wie es der Beklagte in der Berufungsbegründung geltend macht. Dass die genaue Länge des in jedem Fall unversorgten Zeitraums des Nabelschnurvorfalles für die Kausalitätsfrage nicht ausschlaggebend ist, wird durch die Begründung des Sachverständigen bestätigt. Er hat darauf abgestellt, dass vom Auftreten des Nabelschnurvorfalles bis zum Eintreffen des Notarztes und sodann bis zur Übergabe der Mutter der Klägerin an die Streithelferin um 4.40 Uhr eine Restperfusion vorgelegen haben muss, weil es sonst zum intrauterinen Fruchttod ohne Reanimationsmöglichkeit gekommen wäre. Diese nachvollziehbare Begründung deckt

43

sich mit den Ausführungen von U.. Nur für den Fall eines – bei Restperfusion aber nicht vorliegenden – Herzstillstandes hat K. im schriftlichen Gutachten eine Irreversibilität eines hypoxischen Hirnschadens nach 5 bis 10 Minuten angenommen. Ein durchgreifender Widerspruch zwischen den der Klägerin günstigeren Ausführungen von K. im landgerichtlichen Termin und im schriftlichen Gutachten besteht entgegen der Auffassung des Beklagten nicht. Denn im schriftlichen Gutachten hat K. zugrunde gelegt, dass der Nabelschnurvorfal irgendwann zwischen 1.00 Uhr und der Alarmierung des Rettungsdienstes erfolgt ist ("Phase I", vgl. u.A. Bl. I 277). Nach den nicht angegriffenen Feststellungen des Landgerichts, die von den Angaben der Mutter der Klägerin und den Ausführungen von U. getragen werden, ist es aber erst kurz vor der Alarmierung des Rettungsdienstes bei einem Toilettengang zum endgültigen Platzen der Fruchtblase und dem Nabelschnurvorfal durch Herausspülen gekommen.

d. Der Anspruch der Klägerin scheitert nicht daran, dass ihr gem. § 839 Abs. 1 S. 2 BGB eine anderweitige Ersatzmöglichkeit offensteht. 44

aa. Die Kammer hat eine ernsthafte Möglichkeit eines anderweitigen Schadensersatzes in Bezug auf die Streithelferin (M.) und die niedergelassene Gynäkologin W. überzeugend verneint. Die Berufung greift dies nicht mehr an, so dass weitere Ausführungen hierzu nicht erforderlich sind. 45

bb. Soweit die Kammer eine anderweitige Ersatzmöglichkeit in Bezug auf die Streitverkündete, das heißt die Trägerin des X., verneint hat, greift die Berufung die Argumentation des Gerichtes im Ergebnis nicht mit Erfolg an. 46

(1) Dies gilt zum einen hinsichtlich der abgelehnten Aufnahme der Mutter der Klägerin. Das Landgericht geht insoweit zutreffend davon aus, dass unbekannt ist, aus welchem Grund die Ablehnung erfolgt ist, wie dies die Beklagte im Schriftsatz vom 29.09.2021 (Bl. I 156) vorgetragen hat. Unterstellt man die im Schriftsatz vom 20.02.2024 (Bl. I 647 ff., insb. Bl. I 651) unter Bezugnahme auf das Gutachten von J. als Ablehnungsgrund genannte Angabe, dass eine Fachklinik für Kinder fehle, ergibt sich daraus nichts anderes. Die Sachverständige P. sowie der gynäkologische Sachverständige U. haben in der Ablehnung der Aufnahme keinen Verstoß gegen den Facharztstandard gesehen (Bl. I 352). Der Vorteil einer sofort verfügbaren kinderärztlichen Behandlung bei zu erwartenden Komplikationen wog den in einem zusätzlichen Zeitverlust liegenden Nachteil auf. Aus dem vom Beklagten zitierten Amtsblatt (Amtsblatt für den Regierungsbezirk Köln vom 26.01.2015, Bl. 34) lässt sich ebenfalls keine Aufnahmepflicht für die Krankenhäuser des S.-Kreises ableiten. Im Übrigen durften die Ärzte der Streitverkündeten eine behandlungsfehlerfreie Fahrt mit dem RTW annehmen, insbesondere also ein Hochschieben des kindlichen Kopfes; in diesem Fall war nach der Einschätzung der gerichtlichen Sachverständigen eine längere Fahrt nicht schädlich, bei der frühgeborenen Klägerin eine bessere Betreuung in der Uniklinik, die eine Neonatologie vorhält, jedoch anzunehmen. Die Ablehnung der Aufnahme erfolgte damit unter zulässiger Abwägung, die die gerichtlichen Gutachter teilen (Bl. I 353) und die jedenfalls keinen Behandlungsfehlervorwurf begründet. 47

(2) Soweit der Beklagte behauptet, dass der Notarzt in seinem Telefonat mit dem Gynäkologen des X. den Erstbefund geschildert, eine Handlungsanweisung erbeten und die Anweisung erhalten habe, die Klinik der Streithelferin mit Sonderrechten anzufahren (Bl. I 142), ist schon nicht ersichtlich, dass Schadensersatzansprüche der Klägerin gegen die Krankenhausträgerin aus Vertrag oder Delikt dem Grunde nach in Frage kommen. Der Schwerpunkt eines möglichen Vorwurfs würde auf dem Unterlassen eines Hinweises zu den aus gynäkologischer Sicht gebotenen Notfall- und Lagerungsmaßnahmen liegen. Ein 48

entsprechende Pflichten begründendes Vertragsverhältnis zur Klägerseite bestand nicht. Für eine Garantenpflicht ist nichts ersichtlich. Insbesondere ergab sie sich nicht aus der tatsächlichen Übernahme einer Behandlung. Eine solche hat der Arzt nach dem Vortrag des Beklagten gerade abgelehnt. Ein Unglücksfall oder eine gemeine Gefahr oder Not im Sinne von § 323c StGB bestand nicht, weil der Mutter der Klägerin die ärztliche Behandlung durch einen Notarzt zuteil wurde, die nach den Ausführungen der Sachverständigen P. in aller Regel ohne eine Instruktion durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung erfolgt.

Ungeachtet dessen fehlt es an schlüssigem Vortrag zu einem vorwerfbaren Verhalten. Der Beklagte behauptet - auch auf das Urteil des Landgerichts hin - nicht, dass der Notarzt nicht nur eine Handlungsanweisung bezüglich des anzusteuernenden Krankenhauses, sondern auch zu der aus gynäkologischer Sicht richtigen Notfallbehandlung und Lagerung erbeten hat. Ungefragt musste der Gynäkologe eine solche Anweisung oder einen Rat nicht geben, weil er – wie aus der Begutachtung durch P. hervorgeht – das erforderliche Wissen auf Seiten des Notarztes voraussetzen durfte. 49

(3) Bei dieser Sachlage kann dahinstehen, ob der Verweis auf eine anderweitige Ersatzmöglichkeit gem. § 839 Abs. 1 S. 2 BGB bereits aufgrund eines grob fahrlässigen Handelns des Notarztes ausscheidet oder der Verweis auf eine anderweitige Ersatzmöglichkeit für die Klägerin unzumutbar wäre, da die Subsidiarität nur in Bezug auf einen durchsetzbaren Ersatzanspruch gegeben ist, dessen Verfolgung zumutbar ist (HK-BGB/Staudinger, 12. Aufl. 2024, BGB § 839 Rn. 35). Eine Unzumutbarkeit könnte angesichts einer für die Klägerin aufgrund fehlender Dokumentation der Kontaktaufnahme mit der Streitverkündeten sehr schwierigen Beweislage naheliegen. 50

e. Die Ansprüche der Klägerin sind nicht verjährt. 51

Zutreffend hat das Landgericht angenommen, dass die Beklagte eine vor 2020 bestehende Kenntnis der Klägerin oder ihrer Eltern von einer fehlerhaften Vorgehensweise des Notarztes nicht bewiesen hat. 52

aa. Das Landgericht hat insofern zutreffend rechtlich zugrundegelegt, dass arthaftungsrechtliche Schadensersatzansprüche grundsätzlich gemäß § 195 BGB in der Regelverjährungsfrist von drei Jahren verjähren, wobei die Verjährungsfrist gemäß § 199 Abs. 1 Ziff. 2 BGB mit dem Schluss des Jahres zu laufen beginnt, in dem der Gläubiger von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte Kenntnis erlangen müssen. Kenntnis im Sinne von § 199 Abs. 1 Ziff. 2 BGB setzt bei Schadensersatzansprüchen wegen ärztlicher Behandlungsfehler voraus, dass der betroffene Patient Kenntnis von solchen Tatsachen erlangt hat, aus denen sich für einen medizinischen Laien ergibt, dass der behandelnde Arzt von dem üblichen medizinischen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach dem ärztlichen Standard zur Vermeidung oder Beherrschung von Komplikationen erforderlich waren. Für eine Kenntnis in diesem Sinne reicht es einerseits nicht aus, wenn dem Geschädigten lediglich der negative Ausgang der fraglichen ärztlichen Behandlung und/oder ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der fraglichen Behandlung und dem Auftreten eines erheblichen Schadens bekannt sind. Andererseits ist es für die Annahme der Kenntnis im Sinne von § 199 Abs. 1 Ziff. 2 BGB nicht erforderlich, dass der betroffene Patient sichere Kenntnis von einem schadensursächlichen Fehler des Behandlers gewonnen und bereits hinreichend sichere Beweismittel in der Hand hat, die es ihm ermöglichen, einen Rechtsstreit im Wesentlichen risikolos führen zu können. Vielmehr kommt es - worauf auch das Landgericht zu Recht abgestellt hat - entscheidend darauf an, ob dem Geschädigten bei seinem Kenntnisstand das Erheben einer Schadensersatzklage 53

gegen eine bestimmte Person - sei es auch nur in Form einer Feststellungsklage - trotz eines verbleibenden Risikos insbesondere hinsichtlich der Nachweisbarkeit eines schadensursächlichen ärztlichen Fehlverhaltens zumutbar ist, wobei die ab dem Zeitpunkt der Kenntnis laufende dreijährige Verjährungsfrist dem Betroffenen hinreichende Möglichkeiten gibt, sich für das weitere Vorgehen noch sicherere Grundlagen insbesondere zur Beweisbarkeit seines Vorbringens zu verschaffen (vgl. OLG Köln, Beschluss v. 4.12.2015 – 5 U 75/15, BeckRS 2016, 5836 Rn. 3).

bb. Dass die Eltern der Klägerin unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe bereits vor dem Jahr 2020 Kenntnis davon hatten, dass eine falsche Lagerung der Mutter der Klägerin während des Transports oder ein Unterlassen des Hochschiebens des Kopfes der Klägerin zu der Schädigung geführt haben, steht nicht fest. Das Landgericht hat überzeugend und ausführlich und von der Berufung auch nicht mit Substanz angegriffen dargelegt, dass aus der E-Mail der Assistenzärztin C. schon nicht eindeutig ein Behandlungsfehlervorwurf herauszulesen ist, erst recht sich jedoch nicht ableiten lässt, dass die Ärztin diesen der Mutter der Klägerin mitgeteilt hätte oder die Mutter der Klägerin einen solchen Vorwurf zu diesem Zeitpunkt bereits gehabt und gegenüber der Assistenzärztin geäußert hätte. Auf die Ausführungen des Landgerichtes wird zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen. 54

Soweit die Berufung die Auffassung vertritt, die Entscheidung des Landgerichtes sei insoweit widersprüchlich, als auf S. 31 der Entscheidung angenommen werde, dass allen medizinisch vorgebildeten Menschen und den meisten medizinischen Laien klar sei, dass das ungeborene Kind auf eine unbeeinträchtigte Nabelschnur angewiesen sei, andererseits aber angenommen werde, dass die Eltern der Klägerin die Fehlerhaftigkeit der Flachlagerung nicht selbst erkennen mussten, so vermag der Senat hier einen Widerspruch nicht zu erkennen. Tatsächlich ergibt sich aus der persönlichen Anhörung der Mutter der Klägerin, dass ihr bewusst war, dass die Nabelschnur für ihr Kind von eminenter Wichtigkeit ist; sie hat dazu angegeben, dass sie beim Hinlegen darauf geachtet habe, dass ihr Bein nicht auf der Nabelschnur lag, sondern dass sie frei lag (Bl. I 347). Dieses Basisverständnis führt jedoch nicht ohne weiteres dazu, dass die Mutter der Klägerin auch wissen konnte und wissen musste, welche Maßnahmen zur Behandlung des medizinischen Notfalls eines Nabelschnurvorfalles notwendig und geboten waren, und deren Unterlassung durch den Notarzt erkennen konnte. Nähere Anhaltspunkte dafür, dass die Mutter der Klägerin dieses wusste oder es ihr vor dem Jahr 2020 gesagt worden wäre, und dass sie daraus den Schluss auf einen Behandlungsfehler ziehen musste oder ein solcher Schluss für sie nahe liegend gewesen wäre, trägt die Berufung nicht vor. 55

3. Die Berufung bleibt ohne Erfolg, soweit sie sich gegen die Höhe des vom Landgericht zuerkannten Schmerzensgeldes von 650.000 € richtet. 56

a. Die Festsetzung der Höhe des Schmerzensgeldes ist an der Funktion des Schmerzensgeldes auszurichten. Diese besteht einerseits darin, dem Verletzten einen Ausgleich für erlittene Schmerzen und Leiden zugute kommen zu lassen. Das Schmerzensgeld soll ihn in die Lage versetzen, sich Erleichterungen und Annehmlichkeiten zu verschaffen, die die erlittenen Beeinträchtigungen jedenfalls teilweise ausgleichen. Darüber hinaus soll es dem Geschädigten Genugtuung für das verschaffen, was der Schädiger ihm angetan hat (vgl. BGHZ 18, 149; BGH NJW 1995, 781; BGHZ 212, 48; OLG Nürnberg NJW 1998, 2293). 57

Unter Berücksichtigung dieser Zielsetzung finden bei der Schmerzensgeldbemessung neben dem Ausmaß und der Schwere der Verletzungen und den aus der Behandlungsbedürftigkeit resultierenden Belastungen für den Verletzten auch die Dauer und der Umfang der 58

schadigungsbedingten Behandlungsmaßnahmen und Leiden sowie etwa bestehende Unsicherheiten hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs und einer endgültigen Heilung Berücksichtigung (vgl. Grüneberg-Grüneberg, BGB 81. Auflage, § 253 Rn. 16; BGHZ 212, 48). Ergänzend zu berücksichtigen sind auch etwaige besondere Umstände in der Person des Verletzten wie auch in der Person des Schädigers, insbesondere die konkreten Umstände der Verletzungshandlung und die Schwere des dem Schädiger zur Last fallenden Verschuldens.

b. Die bei der Klägerin unstreitig vorliegenden, auf der fehlerhaften Behandlung beruhenden Schadensfolgen rechtfertigen die Zuerkennung eines Schmerzensgeldes von 650.000 €. Die Klägerin leidet an einer schwerstgradigen Gehirnschädigung in Form eines hypoxischen Gehirnschadens mit Zerebralparese, Streckspastiken, Dysphagie (Schluckstörung), Intelligenzminderung ohne aktive Sprache und Blindheit. Die Klägerin ist vollständig inkontinent, kann nicht auf Ansprache reagieren, sich nicht willentlich bewegen, nicht laufen oder stehen, nicht selbst essen oder trinken, nicht einmal Hunger oder Durst kundtun, muss mit Sondennahrung über eine PEG ernährt werden, die sich oft entzündet, muss im Rachen oft abgesaugt werden, kann sich nicht waschen und pflegen und ist insgesamt rund um die Uhr auf Hilfe angewiesen im Sinne eines Intensivpflegefalls. Eine positive Entwicklung des Zustandes hat der Sachverständige K. ausgeschlossen (Bl. I 362). Dabei ist der Fall der Klägerin als besonders gravierend und über das hinausgehend anzusehen, was der Senat bei vielen anderen Fällen schwerstgeschädigter Kinder in die Schmerzensgeldbetrachtungen einbezogen hat. So ist der Klägerin aufgrund der Schwere der Hirnschädigung nicht nur eine Teilnahme am normalen Leben versperrt, ihr fehlt nahezu jegliche Form der Kontaktaufnahme und Kommunikationsmöglichkeit mit ihrer Familie, anderen Bezugspersonen oder gar mit der übrigen Umwelt. Dieser gravierende Zustand der Klägerin ist dem Senat durch die Anwesenheit der Klägerin in der mündlichen Verhandlung, bei der sich sämtliche Einschränkungen eindeutig zeigten, vor Augen geführt worden. Die Schädigungen der Klägerin rechtfertigen die Zuerkennung des vom Landgericht ausgesprochenen Schmerzensgeldes ohne weitere Aufklärung, ob ein grob fahrlässiges Verhalten des tätig gewordenen Notarztes eine Erhöhung rechtfertigen könnte. Soweit sich der Senat bisher bei Schwerstschädigungen in Geburtsschadensfällen über Jahrzehnte an einem Schmerzensgeldbetrag von 500.000 € als Obergrenze orientiert hat, hält er daran, auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Geldentwertung, nicht mehr fest.

4. Die weiteren Feststellungen der Kammer zur Höhe des Pflegeschadens und der zu zahlenden Rente hat die Berufung nicht angegriffen. Ausführungen des Senats zu den überzeugenden und ausführlichen, auf der Anhörung der Eltern der Klägerin und den Erläuterungen des Sachverständigen K. beruhenden Feststellungen und Erwägungen des Landgerichtes, die sich der Senat zu eigen macht, sind daher nicht veranlasst.

III. 61

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91, 100 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 62

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Weder hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung noch erfordert die Fortbildung des Rechts oder die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Revisionsgerichts. Die entscheidungserheblichen Fragen sind ausschließlich solche des Einzelfalls. Die Entscheidung des Senates setzt sich, soweit ersichtlich, in keinem Punkt in Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes oder eines anderen Oberlandesgerichts.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 1.203.418,57 €, entsprechend der erstinstanzlichen Festsetzung, festgesetzt.

64