
Datum: 09.03.2026
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 5/24
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2026:0309.5U5.24.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 3 O 25/22

Leitsätze:

Zur – nach sachverständiger Beratung im vorliegenden Fall bejahten – Erforderlichkeit einer unverzüglichen Notsectio im Fall einer Uterusruptur.

Bei der Prüfung des Kausalzusammenhangs und der Frage, ob eine frühere Indikation der Notsectio den eingetretenen hypoxischen Hirnschaden verhindert hätte, ist nicht darauf abzustellen, wann das Kind bei Einhaltung der E-E-Zeit von 20 Minuten geboren worden wäre, sondern auf den Zeitpunkt, in dem die Geburt nach den Verhältnissen des Geburtskrankenhauses und der konkreten Geburtssituation tatsächlich erfolgt wäre.

Sofern die Indikation zur Notsectio zu stellen ist, entlastet die Einhaltung der E-E-Zeit von 20 Minuten die Behandlungsseite auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Schutzzwecks der verletzten Pflicht. Das Ziel des ärztlichen Handelns liegt in einer möglichst schnellen Geburt.

Zur Verpflichtung einer erneuten Aufklärung über die Alternative eines Kaiserschnitts bei einem Zustand nach Sectio, wenn sich die Verhältnisse unter der Geburt ändern und der Kaiserschnitt zur vorzugswürdigen Vorgehensweise wird.

Zur Zulässigkeit und Bemessung eines Teilschmerzensgeldes. 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.

Gleichwohl kann sich ein (Teil-)Schmerzensgeld von 500.000 € nach den Umständen des Einzelfalls als angemessen darstellen.

Tenor:

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Landgerichts Köln vom 22.12.2023 - 3 O 25/22 - unter Zurückweisung der weitergehenden Berufung teilweise abgeändert und wie folgt neu gefasst:

Die Beklagten zu 1) bis 3) werden als Gesamtschuldner verurteilt, an den Kläger aus der fehlerhaften Behandlung am 00.00.2019 ein Teilschmerzensgeld in Höhe von 500.000 € hinsichtlich derjenigen Beeinträchtigungen, die dem Kläger behandlungsbedingt bis zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung entstanden sind, zu zahlen, nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 06.09.2019.

Es wird festgestellt, dass die Beklagten zu 1) bis 3) als Gesamtschuldner verpflichtet sind, dem Kläger sämtliche künftigen – ab dem Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung entstehenden – auch vorhersehbaren immateriellen sowie alle vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die ihm infolge der fehlerhaften Behandlung am 00.00.2019 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten des Klägers tragen der Kläger zu 84 % und die Beklagten zu 1) bis 3) als Gesamtschuldner zu 16 %. Die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 1) bis 3) tragen der Kläger zu 42 % und die Beklagten zu 1) bis 3) im Übrigen selbst. Die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 4) bis 11) trägt der Kläger.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Den Parteien wird nachgelassen, die Vollstreckung durch die jeweils andere Partei durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrages abzuwenden, wenn nicht die vollstreckende Partei vor der Vollstreckung Sicherheit Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe

I.

1

2

3

Der Kläger macht gegen die Beklagte zu 1), eine „(...)“-Klinik, den Beklagten zu 2) als „(...)“ der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Beklagten zu 3) bis 6) als angestellte Ärzte und die Beklagten zu 7) bis 11) als angestellte Hebammen Schmerzensgeld- und Schadensersatzansprüche aufgrund der Behandlung im Vorfeld und anlässlich seiner Geburt am 00.00.2019 geltend.

Die 1992 geborene Mutter des Klägers, damals in ihrer vierten Schwangerschaft mit einer früheren Geburt nach sekundärer Sectio, suchte am 16.01.2019, am errechneten Geburtstermin, dem 16.02.2019, und erneut am 18.02.2019 sowie am 00.00.2019 die Beklagte zu 1) für Kontrolluntersuchungen auf. Am späten Abend des 00.00.2019 (ET + 5) kam die Mutter des Klägers erneut zur Beklagten zu 1), diesmal mit einsetzenden Wehen und einem drei Zentimeter geöffneten Muttermund. Um 23:20 Uhr trat der Blasensprung ein und zur Schmerztherapie erhielt sie eine PDA. Am frühen Morgen des 00.00.2019 um 03:45 Uhr war der Muttermund vollständig geöffnet. Um 04:45 Uhr führte der Beklagte zu 3), „(...)“ der Gynäkologie, eine Ultraschalluntersuchung durch. Die Parteien streiten darüber, ob das kontinuierlich abgeleitete CTG pathologisch oder nur suspekt war. Um 06:00 Uhr wurde eine erste MBU (Mikroblutuntersuchung) durchgeführt, bei der ein pH-Wert von 7,31 ermittelt wurde. Um 06:36 Uhr lag das Ergebnis der zweiten MBU mit einem pH-Wert von 7,26 vor. Die jeweils erhobenen Werte lagen im Normbereich. Aufgrund heftiger Schmerzen der Mutter des Klägers wurde um 06:39 Uhr die Entscheidung für eine eilige Sectio getroffen. Da die Herzfrequenz des Kindes um 06:50 Uhr nicht mehr sicher ableitbar war, stellte der Beklagte zu 3) um 06:52 Uhr die Indikation zur Notsectio. Nach der Eröffnung des Peritoneums zeigte sich eine Ruptur im Bereich der alten Kaiserschnittnarbe. Um 06:56 Uhr wurde der Kläger per Kaiserschnitt in Intubationsnarkose mit einem Gewicht von 4.000 g und Apgar-Werten von 1/3/4 geboren. Der pH-Wert des aus der Nabelschnur entnommenen Bluts lag bei 6,68. Der Kläger musste sofort beatmet und in die neonatologische Intensivstation der Beklagten zu 1) verlegt werden, wo er insbesondere unter der Diagnose einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie bis zum 00.00.2019 behandelt wurde.

Der Kläger hat erstinstanzlich Behandlungs- und Aufklärungsfehler gerügt. Es hätten standardwidrig bei den Kontrolluntersuchungen vor der Geburt keine Arztkontakte stattgefunden. Die Mutter des Klägers als Wahlpatientin des Beklagten zu 2) habe keine Chefarztbehandlung erhalten, sondern es seien lediglich Oberärzte tätig geworden. Über die Risiken einer vaginalen Entbindung insbesondere im Hinblick auf die alte Sektionsnarbe sei die Mutter des Klägers nicht aufgeklärt worden. Bei stationärer Aufnahme der Mutter habe eine Sonografie durchgeführt werden müssen, die ein makrosomes Kind und ein relatives Missverhältnis ergeben und eine Vorzugswürdigkeit einer Re-Sectio verdeutlicht hätte. Im Verlauf der Geburt habe frühzeitig die Kindeslage mittels Ultraschalls kontrolliert werden müssen. Spätestens nach wiederholt auffälligen CTG-Befunden, die klar pathologisch gewesen seien, und fehlendem Tiefertreten des Kopfes trotz mehrerer Stunden eröffneten Muttermundes, was faktisch einen Geburtsstillstand dargestellt habe, habe die Indikation zur sectio gestellt und Kindesmutter abermals ausdrücklich über die Risiken einer vaginalen Geburt in der konkreten kritischen Situation aufgeklärt werden müssen. In diesem Falle hätte sich seine Mutter für einen Kaiserschnitt entschieden. Tatsächlich seien auf die Auffälligkeiten im CTG mit erheblicher Verspätung reagiert, ein Arzt erst mit erheblicher Verspätung hinzugezogen und eine ärztliche vaginale Untersuchung unterlassen worden. Als Folge der groben Behandlungsfehler sei es zur großflächigen Uterusruptur gekommen.

Der Kläger hat weiter behauptet, er habe einen schweren Sauerstoffmangel erlitten, sei aton und avital geboren worden und reanimationspflichtig gewesen. In der Folgezeit habe sich eine hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bestätigt. Der Kläger sei in seiner körperlichen

und geistigen Entwicklung verzögert, habe kein Sprachverständnis, könne nicht alleine essen oder sich anziehen. Es bestünden erhebliche motorische Defizite und eine Spastik. Ein eigenständiges Leben werde dem Kläger niemals möglich sein, vielmehr werde fortdauernd Pflegebedürftigkeit bestehen. Zusätzlich drohe künftig das Auftreten einer Epilepsie, einer Einschränkung der Sehfähigkeit, von Kontrakturen und Versteifungen, von Dekubiti und einer Beatmungspflichtigkeit.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

7

1) die Beklagten als Gesamtschuldner zu verurteilen, an ihn aus der fehlerhaften Behandlung ab Januar 2019 ein angemessenes Teilschmerzensgeld hinsichtlich derjenigen Beeinträchtigungen, die dem Kläger behandlungsbedingt bis zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung entstanden sind, zu zahlen, dessen Höhe in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichtes gestellt wird, mindestens jedoch 1.000.000,00 €, nebst Zinsen in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz, und zwar aus 500.000,00 € seit dem 06.09.2019, aus weiteren 500.000,00 € seit dem 01.05.2020;

8

2) festzustellen, dass die Beklagten als Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm sämtliche künftigen - ab dem Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung entstehenden - auch vorhersehbaren immateriellen sowie alle vergangenen und künftigen materiellen Schäden, die ihm infolge der fehlerhaften Behandlung ab Januar 2019 entstanden sind bzw. noch entstehen werden, zu ersetzen, soweit diese Ansprüche nicht auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte übergegangen sind bzw. übergehen werden.

9

Die Beklagten beantragen,

10

die Klage abzuweisen.

11

Die Beklagten haben eine jederzeit kunstgerechte Behandlung behauptet. Der Beklagte zu 2) habe nicht selbst tätig werden müssen, da die Kindesmutter mit einer Abwesenheitsvertretung einverstanden gewesen sei. Das bei Erstkonsultation am 16.01.2019 angebotene Arztgespräch habe sie abgelehnt. Die Kindesmutter habe bei der Kontrolluntersuchung explizit einen Spontanpartus gewünscht. Während der Geburt seien zu jeder Zeit die gebotenen Befunde erhoben worden. Ein Geburtsstillstand habe nicht vorgelegen, vielmehr sei der zeitliche Verlauf so gewesen, wie es für eine funktionell Erstgebärende bei liegender PDA zu erwarten gewesen sei. Trotz mehrfacher Aufklärung über die verschiedenen Geburtsmodi habe die Mutter des Klägers immer wieder den dringenden Wunsch nach einer vaginalen Geburt geäußert. Diesem Wunsch sei nachgekommen worden, was vertretbar gewesen sei, da der Kläger nicht makrosom gewesen sei und auch die um 6:00 Uhr und 6:35 Uhr durchgeführten Mikroblutuntersuchungen normwertige Ergebnisse gezeigt hätten. Bis 6:00 Uhr am 00.00.2019 habe ein pathologisches CTG nicht vorgelegen. Die Beklagten haben die Ursächlichkeit der Uterusruptur für die beim Kläger vorliegenden Beeinträchtigungen bestritten.

12

Die Kammer hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen F. vom 21.02.2023. In der mündlichen Verhandlung vom 24.10.2023 hat die Kammer die Mutter des Klägers sowie die Beklagten zu 3), 5) und 7) persönlich angehört. Ferner hat der gerichtliche Sachverständige sein Gutachten erläutert. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten (Bl. I 496 ff.) und das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 24.10.2023 (Bl. I 733 ff.) verwiesen.

13

Die Kammer hat sodann die Klage insgesamt abgewiesen.

Hinsichtlich der vorgeburtlichen Behandlung liege weder ein Behandlungsfehler noch ein Aufklärungsversäumnis vor. Bei der Mutter des Klägers habe nach den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen F. keine Indikation für eine Geburtseinleitung bestanden. Die Ausbildung spontaner Wehentätigkeit habe abgewartet werden können. Es sei zwar notwendig gewesen, die Mutter des Klägers über das Risiko einer Uterusruptur für den Fall einer vaginalen Geburt aufzuklären. Die Kammer sei aber aufgrund der Anhörung der Beklagten zu 5) in Verbindung mit den Behandlungsunterlagen (Bl. 642, 643 BU) davon überzeugt, dass am 00.00.2019 eine Aufklärung über die Gefahr der Uterusruptur erfolgt sei. 15

Auch hinsichtlich der Geburtsbetreuung an sich habe der Kläger Behandlungsfehler nicht beweisen können. Dem gerichtlichen Sachverständigen F. folgend hat die Kammer angenommen, dass die Untersuchungen der Mutter des Klägers unter der Geburt regelmäßig und ausreichend gewesen seien. Es sei richtig gewesen, nachdem das CTG mehrfach pathologische Werte gezeigt habe, um 6:00 Uhr eine MBU zu veranlassen und über eine relative Sectio-Indikation nachzudenken. Zu diesem Zeitpunkt habe die Sectio noch nicht nachdrücklich empfohlen werden müssen, da die Blutanalyse gezeigt habe, dass es dem Kläger nach wie vor gut gehe. 16

Die Kammer gehe aber nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme davon aus, dass der Mutter des Klägers die Alternative des Kaiserschnitts erläutert worden ist. Dies ergebe sich aus den Behandlungsunterlagen in Verbindung mit der persönlichen Anhörung des Beklagten zu 3). 17

Soweit nach den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen F. um 6:36 Uhr ein Kaiserschnitt hätte nachdrücklich empfohlen werden müssen, könne eine solche nachdrückliche Empfehlung nach der Anhörung des Beklagten zu 3) zwar nicht angenommen werden. Dieser habe nicht zur Überzeugung der Kammer bekunden können, dass über das bloße Angebot eines Kaiserschnittes hinaus eine ausdrückliche Empfehlung dazu ausgesprochen worden sei. Die Kammer hat auch angenommen, dass die Mutter des Klägers einer ausdrücklichen Empfehlung des behandelnden Arztes nachgekommen und von ihrem Wunsch nach einer vaginalen Entbindung abgerückt wäre. Gleichwohl hat die Kammer eine Haftung nicht angenommen, da die Einleitung einer eiligen Sectio zu diesem Zeitpunkt kein für den Kläger besseres Ergebnis erbracht hätte. Denn das für eine eilige Sectio um 6:36 Uhr beginnende Zeitfenster von 20 Minuten sei mit einer Entbindung um 6:56 Uhr eingehalten worden. Der Kläger sei damit letztlich zu keinem späteren Zeitpunkt geboren worden, als dies bei hypothetischer nachdrücklicher Empfehlung zur eiligen Sectio bereits um 6:36 Uhr der Fall gewesen wäre. 18

Eine Beweislastumkehr komme dem Kläger nicht zugute, da für die Annahme eines groben Behandlungsfehlers bei der lediglich um einige Minuten verspäteten nachdrücklichen Empfehlung zur eiligen Sectio kein Raum sei. 19

Eine Haftung ergebe sich auch nicht allein daraus, dass der Beklagte zu 2) als „(...)“ nicht selbst tätig gewesen sei. Die geschlossene Wahlleistungsvereinbarung (Bl. 663 BU) erlaube die Betreuung durch einen Abwesenheitsvertreter. 20

Gegen dieses Urteil wendet sich der Kläger mit der Berufung. Er legt zur Unterstützung seiner Berufung weitere Stellungnahmen von B. (Bl. II 283 ff.) und Y. (Bl. II 295) sowie ein neues Gutachten von D. (Bl. II 290) vor. Die Berufung rügt, die Kammer habe nicht von einer ausreichenden Aufklärung vor der Geburt ausgehen dürfen. Es hätte intensiv auf die Problemkreise der Uterusruptur eingegangen und die Kindesmutter hätte darauf hingewiesen 21

werden müssen, dass aufgrund der ersten Sectio aus geburtsmechanischen Gründen die Situation hinsichtlich eines erfolgreichen vaginalen Geburtsabschlusses ungünstig mit einer Wahrscheinlichkeit unter 40 % zu sehen gewesen sei. Selbst wenn man von einer Grundaufklärung zur Sectio ausgehe, sei eine solche spezielle Aufklärung nicht erkennbar.

Das Gutachten von F. verneine fehlerhaft das Vorliegen eines Geburtsstillstandes. Der Sachverständige gehe insofern von einer Zeitspanne von drei Stunden nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes aus. Allerdings berücksichtige dies nicht das Vorliegen eines auffallenden Befundes, nämlich das ausbleibende Tiefertreten des kindlichen Köpfchens trotz starker regelmäßiger Wehen und zeitgerechter Eröffnung des Muttermundes. Dieser Befund, der auf eine geburtsmechanische Problematik hinweise, sei weder vom gerichtlichen Sachverständigen noch von der Kammer überhaupt berührt worden, obwohl die Privatgutachter sich damit befassen hätten. 22

Der Kläger wiederholt seinen auf dem Gutachten von B. fußenden Vorwurf, dass um 4:45 Uhr aufgrund des permanent hochstehenden Kopfes und der zunehmenden CTG-Pathologie bereits eine Sectio hätte indiziert werden müssen. Auch der Gutachter D. habe Behandlungsfehler darin gesehen, dass die vorangegangene Geburt der Mutter des Klägers nicht hinreichend berücksichtigt worden sei. Ab 3:45 Uhr habe sich ein Geburtsstillstand abgezeichnet, der bei der vaginalen Untersuchung bestätigt worden sei. Zusammen mit den pathologischen Veränderungen der kindlichen Herztöne habe zu diesem Zeitpunkt eine Sectio-Indikation erfolgen müssen. Der Privatgutachter Y. erhebt ergänzend zu den bereits in dem Vorgutachten angesprochenen Behandlungsfehlervorwürfen zusätzlich den Vorwurf, der Beklagte zu 3) habe um 6:39 Uhr bei dem zerreißenden Schreien der Patientin und der Annahme einer Uterusruptur nicht eine eilige Sectio indizieren dürfen, sondern unmittelbar eine Notsektion anordnen müssen. Durch die eilige Sectio sei eine weitere Zeitverzögerung entstanden. 23

Die Berufung rügt weiter, dass die Kammer den in der mündlichen Verhandlung vom 24.10.2023 angetretenen Zeugenbeweis zu der Tatsache, dass über eine Kaiserschnittentbindung als echte Alternative oder als dringliche Empfehlung nicht gesprochen worden sei, durch die Großmutter des Klägers, Frau V. L., übergangen habe. Der Kläger bekräftigt weiterhin seine Auffassung, dass eine Leistung durch den Beklagten zu 2) persönlich erforderlich gewesen sei. Eine Entschuldigung des Beklagten zu 2) liege nicht vor. Ein irgendwie geartetes Hindernis für dessen Tätigwerden sei nicht vorgetragen. 24

Der Kläger beantragt nunmehr, 25

unter Abänderung des Urteils des Landgerichts Köln vom 22.12.2023 - 3 O 25/22- 26

die Beklagten gesamtschuldnerisch nach den in erster Instanz zuletzt gestellten Anträgen des Klägers zu verurteilen, 27

hilfsweise den Rechtsstreit unter Aufhebung des landgerichtlichen Urteil zur weiteren Verhandlung und Entscheidung an das Landgericht Köln zurückzuweisen. 28

Ergänzend zu einem Teil-Schmerzensgeld begehrt der Kläger hilfsweise ein einheitlich bemessenes angemessenes Schmerzensgeld, mindestens jedoch 1.000.000 €. 29

Die Beklagten beantragen, 30

die Berufung zurückzuweisen. 31

Die Beklagten verteidigen das angefochtene Urteil nach Maßgabe der Berufungserwiderung.	32
Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.	33
Der Senat hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluss vom 22.10.2024 (Bl. II 533 ff.) durch Einholung eines gynäkologischen Sachverständigengutachtens des Sachverständigen E.. Dieser hat sein schriftliches Gutachten unter dem 12.05.2025 erstattet (Bl. II 566 ff.) und in der mündlichen Verhandlung vom 12.01.2026 erläutert (Bl. II 741 ff.). Der Senat hat ferner die Mutter des Klägers informatorisch angehört. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das schriftliche Gutachten sowie auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 12.01.2026 verwiesen.	34
II.	35
Die Berufung des Klägers ist teilweise begründet, denn die Beklagten zu 1) bis 3) haften aufgrund eines groben Behandlungsfehlers und eines Aufklärungsmangels für die dem Kläger entstandenen materiellen und immateriellen Schäden (dazu 1.). Der Kläger hat daher einen Anspruch auf ein - zulässigerweise geltend gemachtes - Teilschmerzensgeld in Höhe von 500.000 € sowie auf Feststellung der Haftung gegen die Beklagten zu 1) bis 3) (dazu 2.). Hinsichtlich der Beklagten zu 4) bis 11) hat die Berufung dagegen keinen Erfolg (dazu 3.).	36
1.	37
Die Behandlung der Mutter des Klägers im Haus der Beklagten zu 1) als Privatpatientin des Beklagten zu 2) erfolgte am Morgen des 00.00.2019 durch den Beklagten zu 3) als handelnden Arzt grob behandlungsfehlerhaft (dazu a.) und unter Verletzung der Aufklärungspflicht (dazu b.). Hinsichtlich der Behandlung vor dem frühen Morgen des 00.00.2019 hat der Kläger Behandlungsfehler nicht bewiesen (dazu c.).	38
a. Der Kläger hat bewiesen, dass die Indikation zu einer Notsectio um 06:39 Uhr - statt zu einer eiligen Sectio - fehlerhaft nicht gestellt worden ist.	39
aa. Der zweitinstanzlich gerichtlich tätig gewordene Sachverständige E. hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass um 6:39 Uhr aufgrund des Herzfrequenzabfalls des Klägers und der mütterlichen Symptome die Indikation zur Notsectio habe gestellt werden müssen (Bl. II 581). Er hat dies in der mündlichen Anhörung dahingehend weiter erläutert, dass zu diesem Zeitpunkt aufgrund der Beschwerden der Mutter des Klägers mit Übelkeit und Erbrechen von einer Uterusruptur habe ausgegangen werden müssen. Sofern, wie im vorliegenden Fall, eine Periduralanästhesie gelegt sei, habe die Schwangere keine Schmerzen im Unterbauch, es entstünden bei der Uterusruptur jedoch Schmerzen und Übelkeit im Oberbauch, wenn Wasser, Blut und das Kind in den Bereich des Oberbauches und in die Bauchhöhle gelangten. Dies könne zu einer Reizung des Bauchfells führen. Zudem sei die sich aus dem CTG ergebende Bradykardie des Kindes ein typisches Zeichen dafür, dass nunmehr „die Katastrophe eingetreten“ sei (Bl. II 745). Zu diesem Zeitpunkt hätten daher die Geburtshelfer keine Alternative gehabt, als das Kind unter Vollnarkose möglichst schnell auf die Welt zu holen. Denn bereits zu diesem Zeitpunkt sei absehbar gewesen, dass das Kind reanimiert habe werden müssen (Bl. II 745).	40
Dass bei der Mutter des Klägers eine vaginale Blutung nicht aufgetreten sei, durfte nach den Ausführungen des Sachverständigen nicht so gedeutet werden, dass das Vorliegen einer Uterusruptur unsicher und eine eilige Sektio ausreichend gewesen sei. Denn für das	41

Ausbleiben einer Blutung gebe es mehrere Gründe, zum Beispiel die Abdichtung des Beckens durch den Kopf des Kindes wie auch die Tatsache, dass in der Regel bei einer Uterusruptur Narbengewebe einreißt, welches wenig oder gar nicht blutet. Für die Frage, ob eine Uterusruptur vorliege, sei eine vaginale Blutung belanglos (Blatt II 745,746). Tatsächlich hat der Beklagte zu 3) das Eintreten einer Uterusruptur nach seinen Angaben vor dem Landgericht erkannt.

Soweit F. in erster Instanz Behandlungsfehler insgesamt verneint hat, gebührt der Beurteilung von E. der Vorzug. F. ist auf die sich - aus Sicht des Senats aufdrängende - Frage, warum um 06.39 Uhr nicht eine notfallmäßige Vorgehensweise gewählt worden ist, nicht ausdrücklich eingegangen und hat nicht begründet, warum die Indikation einer eiligen Sectio standardgerecht gewesen sein soll. 42

bb. Das Unterlassen einer Notsectio zu diesem Zeitpunkt stellt einen groben Behandlungsfehler dar. 43

(1) 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). 44

(2) Dies zugrunde legend, nimmt der Senat im vorliegenden Fall einen groben Behandlungsfehler an. Der Sachverständige E. hat die Anzeichen für das Vorliegen einer Uterusruptur als eindeutig bezeichnet (Blatt II 745) und es angesichts der lebensbedrohlichen Situation für den Kläger als nicht mehr verständlich angesehen, nicht unmittelbar eine Notsectio zu veranlassen (Bl. II 745, 582). Diese Bewertung, die berücksichtigt, dass den Ärzten der Beklagten ein aufgrund vorangegangenen Kaiserschnitts erhöhtes Risiko einer Uterusruptur von vornherein bekannt und bewusst war, dass das CTG bereits seit etwa 6:00 Uhr pathologisch war und auf ein Drücken des kindlichen Kopfes auf die Sektionsnarbe hindeutete, dass die akuten Auswirkungen der Uterusruptur mit starker Schmerzäußerung der Mutter des Klägers und Erbrechen und Übelkeit eindeutig waren, andererseits aber auch die große Gefahr für das Kind, die mit einer Verzögerung der Geburt einhergeht, in den Blick nimmt, überzeugt den Senat. 45

cc. Der grobe Behandlungsfehler war ursächlich für die bei dem Kläger eingetretenen schweren gesundheitlichen Folgen, insbesondere den eingetretenen Hirnschaden als Primärschaden. 46

(1) Für die Betrachtung der Kausalität ist ausschlaggebend, wann der Kläger im Falle der Indikation einer Notsectio um 6:39 Uhr geboren worden wäre. Dabei ist auf eine konkrete Abschätzung, wie lange eine solche Operation im Hause der Beklagten zu 1) tatsächlich gedauert hätte, abzustellen. Der Sachverständige E. hat dies unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es sich bei der Beklagten zu 1) um ein "(...)"-Klinikum mit hoher 47

Professionalität handelt und unter Betrachtung der tatsächlichen Dauer der Sectio im späteren Verlauf nach Indizierung der Notfallsectio mit einer Zeitspanne von etwa 8 bis 10 Minuten veranschlagt, sodass der Kläger zwischen 6:47 Uhr und 6:49 Uhr geboren worden wäre.

(2) Nicht relevant für den bei der Beurteilung der Kausalität zugrunde zu legenden hypothetischen Verlauf der Behandlung ist hingegen die E-E-Zeit, die mit einer Zeitspanne von 20 Minuten für alle Kliniken jeglicher Versorgungsstufe einen Rahmen angibt, in der zwischen Indikation des Not-Kaiserschnitts und der Geburt alle notwendigen Maßnahmen bis zur Entwicklung des Kindes getroffen werden müssen. Denn diese Vorgabe in den Leitlinien legt einen Mindeststandard unter Berücksichtigung aller möglichen Erschwernisse, z.B. das notwendige Herbeirufen eines Facharztes, fest. Dies ist der relevante Standard bei der Frage, ob in der Dauer der Durchführung einer Notsectio ein Behandlungsfehler liegt. Bei der Beurteilung des hypothetischen Verlaufs einer konkreten Geburt ist zur Frage der Kausalität jedoch auf die konkrete Geburtsklinik, deren tatsächlich anwesende Ärzte und das dort regelmäßig erzielte Ergebnis abzustellen. Dem Senat ist im Übrigen aus zahlreichen Verfahren aus dem Bereich der Geburtshilfe bekannt, dass die E-E-Zeit von sehr vielen Kliniken, auch der Beklagten zu 1), regelmäßig unterschritten wird. 48

Es entlastet die Beklagten auch nicht unter Zurechnungs- und Schutzzweckgesichtspunkten, dass die E-E-Zeit bei einer um 06.39 Uhr zu stellenden Indikation zur Notsectio und einer Geburt des Klägers um 06.56 Uhr eingehalten ist. Der Zweck der verletzten ärztlichen Pflicht lag nicht in der Wahrung der E-E-Zeit. Nach dem Stellen der Indikation zu einer Notsectio ist es, wie E. ausgeführt und bestätigt hat, das Ziel des ärztlichen Handelns, das Kind möglichst schnell zur Welt zu bringen. 49

(3) Dass die Uterusruptur zur Unterbrechung der Sauerstoffversorgung des Klägers geführt hat, ist unstreitig. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist davon auszugehen, dass der Kläger, wäre er - ohne den groben Behandlungsfehler - zwischen 6:47 Uhr und 06:49 Uhr geboren worden, von vorübergehenden Beeinträchtigungen abgesehen gesund geboren worden wäre und keine bleibenden Schäden davon getragen hätte. Denn dem Kläger kommt insoweit eine Beweislastumkehr aufgrund des Vorliegens eines groben Behandlungsfehlers zu Gute. 50

(a) Ein grober Behandlungsfehler, der geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, führt grundsätzlich zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden. Dafür reicht aus, dass der grobe Behandlungsfehler geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen oder zumindest mit zu verursachen; nahelegen oder wahrscheinlich machen muss der Fehler den Schaden hingegen nicht (BGH, NJW 2007, 2767 Rn. 25; BGH VersR 2022, 195 Rn. 16 mwN). Eine Verlagerung der Beweislast auf die Behandlungsseite ist nur ausnahmsweise ausgeschlossen, so, wenn jeglicher haftungsbegründende Ursachenzusammenhang äußerst unwahrscheinlich ist oder wenn sich nicht das Risiko verwirklicht hat, dessen Nichtbeachtung den Fehler als grob erscheinen lässt. Das Vorliegen einer derartigen Ausnahmesituation hat die Behandlungsseite zu beweisen (BGH, NJW 2004, 2011 mwN; NJW 2022, 2747 Rn. 18). 51

(b) Eine Geeignetheit der verzögerten Geburt für die Fortdauer der schweren Sauerstoffunterversorgung, die Reanimationspflichtigkeit und die hypoxisch-ischämische Enzephalopathie hat der Kläger bewiesen. Insofern hat der gerichtliche Sachverständige E. ausgeführt, dass es schwer zu sagen sei, welche Rolle die zusätzlichen Minuten, die das Kind nach der Uterusruptur in der Bauchhöhle gelegen habe, gespielt hätten. Das Kind 52

befinde sich dabei in einer Lage wie jemand, der unter Wasser sei, sodass grundsätzlich jede Minute entscheidend sei (Bl. II 747). Zudem sei die Sauerstoffversorgung des Kindes im Falle einer Uterusruptur nicht notwendig von Beginn an vollständig unterbrochen. Der Zeitraum, in dem sich der Uterus nach der Ruptur zusammenziehe und zu einer Kompression der blutzuführenden Gefäße führe, sei relativ kurz. Gleichwohl führten die ersten Minuten nur zu einer geringeren Schädigung des Gehirns durch die Sauerstoffunterversorgung. Dies liege daran, dass in den ersten Minuten nach der Uterusruptur das Herz noch schlage und für einen Transport des kindlichen Blutes Sorge. Wenn es durch die Sauerstoffunterversorgung nach einigen Minuten zu einem Herzstillstand komme, falle dieser günstige Gesichtspunkt weg (Bl. II 748). Unter der Prämisse, dass der Kläger nach der Geburt einer Kühlungsbehandlung und einer Behandlung auf der neonatologischen Intensivstation unterzogen worden sei, habe eine mehr als 5 % große Chance bestanden, dass der Kläger im Ergebnis gesund gewesen wäre.

Dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und ein im Ergebnis unbeeinträchtigter gesundheitlicher Zustand des Klägers durch eine 7 bis 9 Minuten frühere Geburt äußerst unwahrscheinlich sind, haben hingegen die insoweit beweispflichtigen Beklagten nach den vorstehend wieder gegebenen Ausführungen von E. nicht bewiesen. 53

(c) Eine ergänzende neonatologische Begutachtung war in diesem Punkt nicht erforderlich. Der Sachverständige E. hat zwar insofern ausgeführt, dass in der Regel gleichgelagerte Fragen von einem Neuropädiater beantwortet werden. Er hat dies aber im Wesentlichen darauf zurückgeführt, dass ein Neuropädiater besser als ein Geburtshelfer in der Lage sei, einzuschätzen, welche anderen Ursachen als eine Sauerstoffunterversorgung bei der Schadensentstehung eine Rolle spielten. Im vorliegenden Fall sind jedoch andere Ursachen von Beklagtenseite nicht behauptet und auch im gesamten Verfahrensverlauf und in den zahlreichen vorliegenden Gutachten nicht ersichtlich geworden. Es kommt hinzu, dass durch die durchgeführten MBU-Untersuchungen der Zustand des Klägers unmittelbar vor der Uterusruptur durch den Geburtshelfer sicher eingeschätzt werden kann. Die Beklagten haben die Einholung eines ergänzenden neonatologischen Gutachtens, auch in der ihnen zu diesem Punkt im Termin eingeräumten Frist zur Stellungnahme, nicht beantragt. 54

b. Weiterhin hat der Kläger eine zur Haftung der Beklagten zu 1) bis 3) führende Unterlassung einer notwendigen Aufklärung über die Behandlungsalternative des Kaiserschnittes gegen 6:00 Uhr am 00.00.2019 bewiesen. 55

aa. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes ist eine Aufklärung über eine alternative Behandlungsmöglichkeit erforderlich, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten (vgl. nur BGH, BGHZ 102, 17 [22].; BGHZ 168, 103 mwN). Über eine Schnittentbindung muss aufgeklärt werden, wenn in dem Fall, dass die Geburt vaginal erfolgt, für das Kind ernstzunehmende Gefahren drohen, daher im Interesse des Kindes gewichtige Gründe für eine Schnittentbindung sprechen und diese unter Berücksichtigung auch der Konstitution und der Befindlichkeit der Mutter in der konkreten Situation eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellt. In einer solchen Lage darf sich der Arzt nicht eigenmächtig für eine vaginale Geburt entscheiden. Vielmehr muss er die Mutter über die für sie und das Kind bestehenden Risiken sowie über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Entbindungsmethoden aufklären und sich ihrer Einwilligung für die Art der Entbindung versichern (vgl. BGH, BGHZ 106, 153 [157]; NJW 1993, 1524; NJW 1993, 2372; NJW 2004, 1452; NJW 2004, 3703; NJW-RR 2015, 591 (592)). Gleiches gilt, wenn auf Grund 56

konkreter Umstände die ernsthafte Möglichkeit besteht, dass im weiteren Verlauf eine Konstellation eintritt, die als relative Indikation für eine Schnittentbindung zu werten ist. Eine - vorgezogene - Aufklärung über die unterschiedlichen Risiken und Vorteile der verschiedenen Entbindungsmethoden ist deshalb bereits dann erforderlich, wenn deutliche Anzeichen dafür bestehen, dass sich der Zustand der Schwangeren bzw. der Geburtsvorgang so entwickeln können, dass die Schnittentbindung zu einer echten Alternative zur vaginalen Entbindung wird. Denn nur dann wird das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, die die natürliche Sachwalterin der Belange auch des Kindes ist (vgl. BGH, NJW-RR 2011, 1173), gewahrt. Bei der Wahl zwischen vaginaler Entbindung und Schnittentbindung handelt es sich für die davon betroffene Frau um eine grundlegende Entscheidung, bei der sie entweder ihrem eigenen Leben oder dem Leben und der Gesundheit ihres Kindes Priorität einräumt. Das Recht jeder Frau, selbst darüber bestimmen zu dürfen, muss möglichst umfassend gewährleistet werden (BGH NJW-RR 2015, 591 Rn. 6).

bb. Eine solche Situation, in der eine Aufklärung über die Alternative der Schnittentbindung als deutlich vorzugswürdige Entbindungsmethode erforderlich war, lag am 00.00.2019 um 6:00 Uhr vor. Nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen E. bestand um diese Zeit eine geburtsunmögliche Situation, da der Kopf des Klägers in einem 90° Winkel zum Becken der Mutter des Klägers stand und damit ein Durchtritt durch das mütterliche Becken nicht möglich war. Ein Abwarten, ob sich der Kopf in eine quer ovale Position eindrehe, wäre nach den Ausführungen des Sachverständigen bei der Mutter des Klägers zu diesem Zeitpunkt nur nach umfassender Aufklärung und Einwilligung der Schwangeren angezeigt gewesen, da aufgrund der vorangegangenen Sectio eine Risikogeburt vorlag, der Muttermund seit zwei Stunden bereits vollständig eröffnet und zudem die Herztonkurve pathologisch geworden war (Blatt II 742,743). Der pathologische Befund des CTG konnte dabei durchaus Ausdruck davon sein, dass der kindliche Kopf auf die Sectionarbe drückte. Die ursprünglich optimistische Einschätzung, dass eine Spontangeburt möglich sei, bestand daher zu diesem Zeitpunkt nicht mehr. Die Auffassung des gerichtlichen Sachverständigen E. deckt sich im Kern mit den von den Privatgutachtern vertretenen Positionen, wobei diese den Zeitpunkt der Alternativaufklärung zum Teil früher sehen (vergleiche Gutachten B. vom 07.12.2020, Bl. I 77; T. Gutachten vom 28.07.2021, Bl. I 62, 65).

57

cc. Der Sachverständige E. hat zum Inhalt der zu diesem Zeitpunkt erforderlichen Aufklärung ausgeführt, dass der Schwangeren unmissverständlich habe mitgeteilt werden müssen, dass aufgrund der geburtsunmöglichen Position, des Zustands nach Sectio, des nunmehr pathologischen CTGs und der angelegten PDA ein Kaiserschnitt ganz klar indiziert sei und es extrem gute Gründe brauche, um diesen nicht durchzuführen (Bl. II 743). Dabei habe sehr deutlich gemacht werden müssen, dass die Sectio klar vorzugswürdig gegenüber einem weiteren Versuch einer Spontangeburt sei. Die Schwangere habe über die Gefahr einer Ruptur des Uterus, die durch die pathologischen CTG-Veränderungen erhöht gewesen sei, und die bei Eintritt dieses Risikos schlechte Prognose für das Kind, welches mit einer schlagartigen Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr konfrontiert wäre, informiert werden müssen (Bl. II 744).

58

Soweit F. geringere Anforderungen an den Aufklärungsinhalt gestellt hat, stellen sich die Ausführungen von E. als vorzugswürdig dar. Denn F. hat nicht gewürdigt, dass um 06.00 Uhr ein hoher Geradstand mit den Worten „Pfeilnaht im Geraden“ als weiterer Risikofaktor dokumentiert worden ist, woraus eine die Spontangeburt unmöglich machende oder jedenfalls erschwerende Position des Kindes folgt.

59

dd. Eine Aufklärung dieses Inhaltes ist nicht erfolgt. Die Beklagten haben schon nicht behauptet, dass der Mutter des Klägers um 6:00 Uhr deutlich gesagt worden sei, dass nunmehr ein Kaiserschnitt vorzuziehen sei und andernfalls Gefahren für das Kind drohten. Auch aus der Behandlungsdokumentation (Bl. 586 BU) und der persönlichen Anhörung des Beklagten zu 3) vor dem Landgericht (Bl. I 741 ff.) ergibt sich solches nicht. Der Beklagte zu 3) hat zwar nach seinen Angaben selbst einen Kaiserschnitt zu diesem Zeitpunkt als vorzugswürdig angesehen, der Mutter des Klägers gegenüber jedoch lediglich für den Fall eines kritischen Ergebnisses der Mikroblutuntersuchung den Kaiserschnitt als notwendig zum Wohl des Kindes dargestellt. Er hat angegeben, er werde es - das heißt den Kaiserschnitt - offen empfohlen haben. Dass auch von der Mikroblutuntersuchung unabhängige erhebliche Risiken bestanden, ist der Mutter des Klägers dagegen nicht erklärt worden.

ee. Der Senat ist nach der Anhörung der Mutter des Klägers davon überzeugt, dass diese sich im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung mit dem unter cc. dargestellten Inhalt für die Durchführung eines Kaiserschnitts entschieden hätte. Hierfür spricht zudem die auch im Arzthaftungsrecht geltende Vermutung beratsrichtigen Verhaltens. Sie hat bekundet, dass sie bei einer entsprechenden Aufklärung durch die Ärzte über ein mögliches schlechtes Outcome ihres Kindes ganz klar einem Kaiserschnitt zugestimmt hätte. Eine gleiche Entscheidung habe sie ja bereits bei der Geburt ihres ersten Kindes getroffen, bei der sie ebenfalls zunächst eine vaginale Geburt gewünscht habe. Als die Ärzte der H. ihr im Verlauf eine Sectio nahegelegt hätten, habe sie dieser zugestimmt (Bl. II 749). Entsprechendes hat sie bereits bei ihrer Anhörung durch das Landgericht erklärt (Blatt I 735). Die Darstellung der Mutter des Klägers wird durch die beigezogenen Behandlungsunterlagen über die Geburt des Bruders des Klägers gestützt. Insofern hat der Senat keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Mutter des Klägers entgegen einem eindeutigen ärztlichen Rat an ihrem Wunsch nach einer Spontangeburt festgehalten hätte.

61

ff. Die fehlende Alternativaufklärung um 6:00 Uhr und das Unterlassen einer eiligen Sectio haben kausal zu den bei dem Kläger eingetretenen Schäden, insbesondere der hypoxischen Hirnschädigung, geführt.

62

(1) Der Sachverständige E. hat ausgeführt, dass im Falle einer Indikation einer eiligen Sectio um 6:00 Uhr der Kläger etwa um 6:30 Uhr geboren worden wäre. Bei einer eiligen Sectio habe die bei der Mutter des Klägers bereits vorhandene PDA „aufgespritzt“ werden können, so dass das Kind je nachdem, wie schnell es zu einer Wirkung der Anästhesie gekommen wäre, zwischen 06:20 Uhr und 06:30 Uhr geboren worden wäre (Bl. II 744). In diesem Falle wäre mit sehr großer Wahrscheinlichkeit die ausgeprägte Sauerstoffunterversorgung vermieden worden (Bl. II 746). Er hat sich zu dieser klaren Aussage zum kindlichen Zustand auch als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Lage gesehen, da im Falle des Klägers zwei Mikroblutuntersuchungen vorgenommen worden sind, die einen konkreten Rückschluss auf den Zustand des Klägers erlauben. So wurde um 6:00 Uhr ein pH-Wert von 7,31 festgestellt, der völlig unauffällig war, und gegen 6:30 Uhr ein pH-Wert von 7,26, welcher ebenfalls einen akzeptablen Zustand des Kindes belegte. Zu diesem Zeitpunkt könne daher - so der Sachverständige - allenfalls eine leichte Azidose, die reversibel gewesen wäre, vorgelegen haben, jedoch kein schwerer Hirnschaden. Andere Ursachen des Hirnschadens als ein Sauerstoffmangel während der letzten Phase der Geburt sind weder ersichtlich noch seitens der Sachverständigen gesehen oder von den fachkundigen Beklagten geltend gemacht worden.

63

(2) Aufgrund der besonderen Umstände des vorliegenden Falles war der Senat hier nicht gehalten, ein zusätzliches neonatologisches Gutachten einzuholen. Denn das Vorliegen der

64

MBU-Untersuchungen, die genau in den für die Abschätzung der kausalen Folgen relevanten Zeitraum fallen, erlaubt eine zuverlässige Beurteilung durch den gynäkologischen Gutachter, in dessen Fachgebiet und tägliche Praxis die Vornahme und Einschätzung von derartigen Untersuchungen fällt. Auch ein Neonatologe würde bei seiner Begutachtung das Ergebnis dieser Blutuntersuchungen als hauptsächlichen Anknüpfungspunkt der Erwägungen heranziehen. Die Beklagten haben die Einholung eines neonatologischen Gutachtens, auch in der ihnen zu diesem Punkt im Termin eingeräumten Frist zur Stellungnahme, nicht beantragt (Schriftsatz vom 17.02.2026, Bl. II 772), zumal es dem Sachvortrag der Beklagten entspricht, dass um 6.35 Uhr eine fetale Asphyxie nicht vorlag (vgl. Klageerwidern vom 31.05.2022, Bl. I 403).

c. 65

Behandlungs- und Aufklärungsfehler im früheren Verlauf der Behandlung hat die Kammer zutreffend verneint. 66

aa. Es war nicht behandlungsfehlerhaft, bei der Mutter des Klägers nicht schon bei ihrer Erstvorstellung oder den anderen vorgeburtlichen Vorstellungen im Haus der Beklagten zu 1) eine primäre Sectio zu indizieren. Der gerichtliche Sachverständige E. hat dazu in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, dass bei einer durch Ultraschalluntersuchungen nachgewiesenen zeitgerechten Entwicklung des Kindes und fehlender Symptomatik bei der Mutter kein Argument gegen eine von der Mutter gewünschte Spontangeburt gesprochen habe (Bl. II 579). Auch die Privatgutachter des Klägers fordern eine Indikation einer primären Sectio letztlich nicht. 67

Soweit der Kläger in erster Instanz aufgrund der Ausführungen seines Privatgutachters B. (Gutachten vom 07.12.2020, Bl. I 80) einen fehlenden Arztkontakt der Mutter des Klägers, das Fehlen einer Gewichtsschätzung und der Abschätzung der Fruchtwassermenge gerügt hat, wird dieser Vorwurf in zweiter Instanz nicht mehr aufrechterhalten. Entsprechende Arztkontakte und Untersuchungen sind am 16.02.2019 und 00.00.2019 dokumentiert. Der erstinstanzliche Sachverständige F. (Bl. I 507) und auch der Privatgutachter Y. (Bl. I 707) haben dazu ausgeführt, dass die bei den Vorstellungen der Kindesmutter bei der Beklagten zu 1) durchgeführten Untersuchungen fachgerecht vorgenommen worden und ausreichend gewesen seien; auch E. hat insoweit keine Standardunterschreitung gesehen. 68

Eine von D. im Gutachten vom 06.02.2024 (Bl. II 292) beanstandete fehlende Reaktion auf einen blutigen Schleimabgang um 1:45 Uhr hat der gerichtliche Sachverständige nicht bestätigt, sondern diesen Vorgang als häufiges Vorkommnis bei Eröffnung des Muttermundes angesehen, der kein interventionspflichtiger Risikofaktor sei (Bl. II 579). 69

Entgegen der Auffassung der Berufung, die sich auf die Gutachten von B. (Bl. I 81) und T. (Bl. I 62) stützt, mussten die Behandler der Beklagten zu 1) nicht bereits früher in der Nacht vom 00.00.2019 auf den 00.00.2019 auf Veränderungen des CTGs reagieren. Der gerichtliche Sachverständige E. hat hierzu ausgeführt, dass sich zwar ab 3:40 Uhr im CTG spontane variable Dezelerationen gezeigt hätten, sich die Herztätigkeit anschließend jedoch wieder normalisiert habe. Innerhalb der nächsten Stunde seien sodann keine wiederholten Dezelerationen aufgetreten, so dass lediglich von einem suspekten, nicht aber von einem pathologischen CTG auszugehen gewesen sei. Eine Indikation für eine Sectio habe zu diesem Zeitpunkt daher nicht bestanden (Bl. II 579). E. hat ebenso eine standardunterschreitende Verzögerung der Ultraschalluntersuchung, die dann um 4:45 Uhr vorgenommen wurde, verneint und den Umfang der durchgeführten Untersuchung für fachgerecht gehalten (Bl. II 580). Die den Kläger unterstützenden Sachverständigen B., Y., I. 70

und D. haben in ihren Stellungnahmen zum Gutachten von E. (sämtlich als Anlage zum Schriftsatz vom 29.07.2025, Bl. II 631 ff.) die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen zum Behandlungsverlauf bis in die frühen Morgenstunden des 00.00.2019 nicht angegriffen. Der Senat hält die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen für überzeugend und folgt diesen.

bb. Auch Aufklärungsmängel im Vorfeld der Geburt hat der Kläger nicht bewiesen. 71

(1). Der Senat geht mit der Kammer davon aus, dass die Beklagte zu 5) die Mutter des Klägers am 00.00.2019 über die unterschiedlichen Methoden der Geburtseinleitung aufgeklärt und dabei als mögliches Risiko einer vaginalen Geburt auch über die Möglichkeit einer Uterusruptur bei vorangegangenem Kaiserschnitt gesprochen hat. Dies ergibt sich, wie die Kammer ausführlich und überzeugend begründet hat, aus den zeitnah erstellten Behandlungsunterlagen (Bl. BU 642, 643) und der Anhörung der Beklagten zu 5) im Termin vom 24.10.2023 (Bl. I 738), die den Verlauf des Gespräches vom 00.00.2019 glaubhaft dargelegt hat. Die Beweiswürdigung der Kammer, die entgegenstehende Aussage der Mutter des Klägers als nicht ausreichend zur Erschütterung der Dokumentation und der Anhörung der Beklagten zu 5) anzusehen, überzeugt den Senat. Sowohl aus der persönlichen Anhörung der Kindesmutter als auch aus den Behandlungsunterlagen der Beklagten zu 1) selbst und der Vorbehandler ergibt sich, dass die Kindesmutter sich - sicherlich zurecht - als jung und gesund angesehen und Arztkontakte auf ein Minimum beschränkt hat. So hat sie durchaus nicht sämtliche Vorsorgetermine beim niedergelassenen Frauenarzt wahrgenommen, einen stationären Aufenthalt bei der Beklagten in der frühen Schwangerschaft frühestmöglich beendet und es auch nicht für nötig gehalten, auf ein Arztgespräch am 16.01.2019 zu warten. Es ist gut nachvollziehbar, dass die Mutter des Klägers angesprochene Risiken möglicherweise nicht - wie es richtig gewesen wäre - auf sich selbst bezogen und ihre Erwähnung dann vergessen hat. 72

(2). Der Inhalt der so erfolgten Aufklärung war standardgerecht. Insbesondere war es zu diesem Zeitpunkt nicht erforderlich, die Mutter des Klägers dahingehend zu beraten und aufzuklären, dass ein erneuter Kaiserschnitt deutlich vorzugswürdig war und eine vaginale Geburt nicht angestrebt werden sollte. Insoweit besteht Übereinstimmung zwischen dem erstinstanzlichen Gutachter N. (Bl. I 741) und dem zweitinstanzlichen Gutachter E. (Bl. II 583), der das Anstreben einer vaginalen Geburt als fachlich absolut vertretbar angesehen und im Termin auf eine Ausgangssituation verwiesen hat, die zunächst zu einer optimistischen Einschätzung berechnete. 73

2. Dem Kläger steht aufgrund der oben dargestellten Behandlungs- und Aufklärungsfehler ein Teilschmerzensgeld von 500.000 € zu. Darüber hinaus ist die Haftung der Beklagten zu 1) bis 3) festzustellen. 74

a. Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes sind die folgenden höchstrichterlichen Vorgaben zu berücksichtigen: 75

aa. 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). 76

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 schädigungsbedingten Behandlungsmaßnahmen 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).

bb. 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. Auch wenn bei der ärztlichen Behandlung das Bestreben der Behandlungsseite im Vordergrund steht, dem Patienten zu helfen und ihn von seinen Beschwerden zu befreien, stellt es unter dem Blickpunkt der Billigkeit einen wesentlichen Unterschied dar, ob dem Arzt grobes - möglicherweise die Grenze zum bedingten Vorsatz berührendes - Verschulden zur Last fällt oder ob ihn nur ein geringfügiger Schuldvorwurf trifft. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass grobe Fahrlässigkeit nicht bereits dann zu bejahen ist, wenn dem Arzt ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist. Ein grober Behandlungsfehler ist weder mit grober Fahrlässigkeit gleichzusetzen noch kommt ihm insoweit eine Indizwirkung zu. Grobe Fahrlässigkeit setzt einen objektiv schweren und subjektiv nicht entschuldbaren Verstoß gegen die Anforderungen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt voraus. Diese Sorgfalt muss in ungewöhnlich hohem Maße verletzt und es muss dasjenige unbeachtet geblieben sein, was im gegebenen Fall jedem hätte einleuchten müssen. Ein objektiv grober Pflichtenverstoß rechtfertigt für sich allein noch nicht den Schluss auf ein entsprechend gesteigertes persönliches Verschulden. Vielmehr ist ein solcher Vorwurf nur dann gerechtfertigt, wenn eine auch subjektiv schlechthin unentschuldbare Pflichtverletzung vorliegt, die das in § 276 Abs. 2 BGB bestimmte Maß erheblich überschreitet. Damit sind auch Umstände zu berücksichtigen, die die subjektive, personale Seite der Verantwortlichkeit betreffen, und konkrete Feststellungen nicht nur zur objektiven Schwere der Pflichtwidrigkeit, sondern auch zur subjektiven Seite zu treffen (BGH NJW 2022, 1443 Rn. 13 ff.).

b. Bei dem Kläger ist es aufgrund der festgestellten Behandlungs- und Aufklärungsfehler und der dadurch hervorgerufenen bzw. aufrechterhaltenen Sauerstoffunterversorgung zu einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie gekommen, die eine bilateral dyskinetische Cerebralparese mit Betonung der oberen Extremität, Entwicklungsverzögerungen, Epilepsie, Dysphagie und eine Sprachentwicklungsstörung nach sich gezogen hat. Dies folgt aus den vorliegenden Behandlungsunterlagen. Für das alltägliche Leben des Klägers hat dies sehr gravierende Auswirkungen. Nach den glaubhaften Angaben der Mutter des Klägers, die durch aktuelle Arztbriefe unterstützt und belegt werden (vgl. Bl. II 551 ff.), ist der Kläger schwerstbehindert und wird niemals ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. Er ist auf einen Rollstuhl angewiesen, den er jedoch nicht selbst bewegen kann, und benutzt zweitweise eine Laufhilfe, in der er angeschnallt werden muss. Der Kläger trägt Orthesen an den Beinen und Händen sowie eine Korsage, um eine Schiefstellung des Rumpfes zu vermeiden. Selbständiges Sitzen und Greifen ist dem Kläger nicht möglich, er hat auch das Sprechen nicht erlernen können, sondern lautiert nur. Gegenüber seiner Familie und bekannten Personen kann er mit Mimik und Gestik seine Bedürfnisse ausdrücken. Selbständig essen kann der Kläger nicht, aufgrund der bestehenden Dysphagie muss er Speisen in grob pürierter Form zu sich nehmen. Mahlzeiten sind mühsam und langwierig. Der Kläger erhält seit Geburt kontinuierlich Physiotherapie, Ergotherapie und Logotherapie. Er muss regelmäßig antiepileptische Medikamente einnehmen; dennoch treten mehrmals täglich Absenzen auf. Der Kläger besucht nach Absolvierung eines integrativen Kindergartens

nunmehr eine Förderschule für Gehbehinderte.

c. Die dargestellten erheblichen Folgen rechtfertigen die Zubilligung eines Teilschmerzensgeldes von 500.000 €. 80

aa. Im vorliegenden Fall ist eine auf Schmerzensgeld gerichtete Teilklage zulässig. Solches ist der Fall, wenn sich aus dem Vorbringen der klagenden Partei klar und eindeutig ergibt, ob die in Rede stehenden und in die Zeit nach der letzten mündlichen Verhandlung fallenden einzelnen Schadensfolgen als Dauerfolge oder als nach konkretem Eintritt und Umfang ungewiss anzusehen sein sollen. Nur dann kann ermittelt werden, was Gegenstand der konkreten Klage ist, durch ein Urteil abgegolten wird und in materieller Rechtskraft erwächst oder was bewusst aus dem Gegenstand der Klage ausgeklammert wird und wegen der Ungewissheit maßgeblicher konkreter Einzelheiten die Nachforderung eines weiteren Schmerzensgeldes ermöglicht und rechtfertigt (vgl. OLG Köln, Beschluss vom 11.02.2020, Az. 5 W 2/20). 81

Diese Voraussetzungen erfüllt der klägerische Sachvortrag, der in der Klageschrift vom 22.02.2022 (Bl. I 32) die behaupteten künftigen Schadensfolgen auflistet. Die dort aufgeführten möglichen Kontrakturen der Wirbelsäule und Gliedmaßen, die bei weiterem Wachstum des Klägers auftreten und operative Maßnahmen erfordern können, sowie auch eine mögliche Versteifung des Körpers des Klägers sind nach dem bereits jetzt bestehenden Beschwerdebild zwar ab- und vorhersehbar, ihr Umfang und die weiteren daraus resultierenden Beeinträchtigungen jedoch noch ungewiss. Dies rechtfertigt es, dass dem Kläger die Option offensteht, in einem Folgeprozess das Schmerzensgeld auf die volle Summe zu erhöhen, die der Verletzte aufgrund der dann verlässlichen Beurteilung der weiteren Entwicklung beanspruchen kann (vgl. BGH, Urteil vom 20. Januar 2004 - VI ZR 70/03 -, Rn. 7 und 9, zit. nach juris). 82

Die ebenfalls angesprochene Epilepsie ist hingegen bereits vollständig im Teilschmerzensgeld erfasst, da sie eine bereits eingetretene Dauerfolge und nicht zukünftig ist. Soweit der Kläger weiterhin Dekubiti, eine Beatmungspflichtigkeit und eine Einschränkung der Sehfähigkeit als künftige Folgen benennt, sind dies nach dem Akteninhalt, insbesondere den Arztbriefen zum Zustand des Klägers, nicht bereits angelegte oder absehbare Schäden, sondern gänzlich ungewisse mögliche Schadensbilder, die von dem Feststellungsantrag als künftige unvorhersehbare immaterielle Schäden abgedeckt und erfasst sind. 83

bb. Der so umrissene Schadensumfang rechtfertigt die Zubilligung eines Teilschmerzensgeldes von 500.000 €. Der Senat hat im Urteil vom 07.01.2026 - 5 U 115/24 - (BeckRS 2026, 233 Rnr 48) zwar ausgesprochen, dass er sich in schweren Geburtsschadensfällen im Hinblick auf die eingetretene Geldentwicklung nicht mehr wie über einen langen Zeitraum zuvor an einem Betrag von 500.000 € als angemessen anzusehendes Schmerzensgeld orientieren wird. Im vorliegenden Fall entspricht dieser Betrag jedoch in der Einzelfallbetrachtung und im Vergleich zu anderen vom Senat entschiedenen und von anderen Gerichten veröffentlichten Geburtsschadensfällen, etwa der vorzitierten Entscheidung, bei der ein noch schwerwiegenderes Krankheitsbild mit einem Verlust jeglicher Kommunikationsmöglichkeit auch mit den Eltern gegeben war, der Billigkeit. Darüber hinaus begehrt der Kläger ein Teilschmerzensgeld, weshalb ein Teil der künftig möglichen Schäden bei der Bemessung des Schmerzensgeldes keine Berücksichtigung finden kann. 84

cc. Eine Erhöhung des Betrages aufgrund grober Fahrlässigkeit der behandelnden Ärzte, hier insbesondere des Beklagten zu 3), ergibt sich nicht. Zwar hat der Beklagte zu 3) mit der Entscheidung, um 6:39 Uhr lediglich eine eilige Sectio anzuordnen, grob 85

behandlungsfehlerhaft gehandelt. Eine subjektiv schlechthin unentschuldbare Pflichtverletzung ist darin jedoch nicht zu sehen. Nach seinen nicht zu widerlegenden Angaben vor dem Landgericht hat der Beklagte zu 3) die Uterusruptur erkannt und sich Gedanken über die richtige Vorgehensweise gemacht. Er handelte aufgrund der objektiv falschen, aber von ihm als richtig angenommenen Prämisse, dass aufgrund einer fehlenden vaginalen Blutung Zeit für eine gefahrlose Durchführung der eiligen Sectio bleiben würde. Auch im Hinblick auf die gebotene Alternativaufklärung hat der Beklagte zu 3) zwar objektiv fehlerhaft nicht deutlich auf die eingetretene Risikosituation und die Alternative einer Sectio hingewiesen, subjektiv war sein Verhalten jedoch erkennbar von dem Wunsch nach einem Eingehen auf die Erwartungen der Mutter des Klägers und deren Gefühl von "Fairness" geprägt.

c. Der Schmerzensgeldanspruch ist in gesetzlicher Höhe ab dem 06.09.2019 zu verzinsen, §§ 291, 288 Abs. 1 BGB. Der Kläger hat die Beklagten mit vorgerichtlichem Schreiben vom 20.08.2019 (Anlage K7 zur Klageschrift, Bl. I 93) in Verzug gesetzt. 86

d. Da die Krankheitsentwicklung bei dem Kläger nicht abgeschlossen ist und materielle Schäden nicht abschließend bezifferbar sind, hat der Kläger zudem Anspruch auf Feststellung der Haftung im tenorierten Umfang gegen die Beklagten zu 1) bis 3). 87

3. Eine Haftung der Beklagten zu 4) bis 11) besteht dagegen nicht, so dass die Berufung insoweit ohne Erfolg bleibt. 88

Die Beklagte zu 4) war am Abend und in der Nacht des 00.00.2019 als Stationsärztin tätig und wurde von der Hebamme um 3:45 Uhr informiert, um eine Lagekontrolle vorzunehmen. Diese erfolgte allerdings erst um 4:55 Uhr durch den Beklagten zu 3). Der Sachverständige E. hat für diesen Zeitraum keine unterlassene Maßnahme als Behandlungsfehler gerügt (Bl. II 579). 89

Bei der Beklagten zu 5), die die Mutter des Klägers am 00.00.2019 untersuchte und aufklärte, geht der Senat von einer ausreichenden Aufklärung aus (vgl. oben 1 c bb). Der Beklagte zu 6) war soweit ersichtlich lediglich am 16.02.2019 tätig, Ansatzpunkte für einen Behandlungsfehler an diesem Tag ergeben sich nicht. 90

Bezüglich der Beklagten zu 7) - 11), die sämtlich als angestellte Hebammen im Haus der Beklagten zu 1) tätig sind, hat der Kläger konkrete Versäumnisse bereits nicht behauptet. Solche sind auch nicht festgestellt worden. Die Beklagten zu 8) bis 11) sind, soweit sich dies aus den Behandlungsunterlagen ergibt, lediglich im Vorfeld der Geburt tätig geworden. In diesem Behandlungszeitraum ist ein Behandlungsfehler nicht festzustellen (siehe oben 1. c aa); Aufklärungsgespräche waren von Ärzten durchzuführen. Die Beklagte zu 7) war als Hebamme unter der Geburt tätig, haftet aber jedenfalls nach Übernahme der Geburt durch den Beklagten zu 3) im relevanten Zeitraum nicht mehr. 91

III. 92

Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 91 Abs. 1, 92 Abs. 1, 97 Abs. 1, 100, 708 Nr. 10, 711 ZPO. 93

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 94

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 1.200.000 € festgesetzt, entsprechend der Festsetzung erster Instanz.

95