

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGB § 823 Aa

Bestehen deutliche Anzeichen dafür, daß im weiteren Verlauf eines Entbindungsvorgangs eine Situation eintreten kann, in der eine normale vaginale Entbindung kaum noch in Betracht kommt, sondern eine Schnittentbindung notwendig oder zumindest zu einer echten Alternative zu einer vaginalen Entbindung wird, dann muß der geburtsleitende Arzt die Mutter bereits zu einem Zeitpunkt über die unterschiedlichen Risiken der Entbindungsmethoden aufklären und ihre Entscheidung einholen, zu dem sie sich noch in einem Zustand befindet, in dem diese Problematik mit ihr besprochen werden kann.

BGH, Urteil vom 16. Februar 1993 - VI ZR 300/91 - OLG Nürnberg
LG Nürnberg-
Fürth

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

VI ZR 300/91

Verkündet am:
16. Februar 1993
Metzger
Justizassistentin
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Alexander K , P , Straße , N , vertreten
durch die Eltern Helmut und Margit K. , wohnhaft ebenda,

Kläger zu 1) und
Revisionskläger,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. -

gegen

1. Stadt N , vertreten durch den Oberbürgermeister,
R. platz , N ,

2. Dr. Peter H , Krankenhaus F , J -Straße ,
Fürth,

3. Dr. Franz Pe , Fl straße , N ,

Beklagten und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 16. Februar 1993 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Steffen und die Richter Dr. Kullmann, Dr. Lepa, Bischoff und Dr. Dressler

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Erstklägers wird das Urteil des 4. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Nürnberg vom 7. August 1991 im Kostenpunkt und insoweit aufgehoben, als darin die Klage gegen die Beklagten zu 1) bis 3) abgewiesen worden ist.

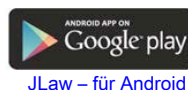
Im Umfang der Aufhebung wird die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten der Revision, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Tatbestand:

Der Kläger zu 1) (im folgenden: der Kläger) verlangt von den Beklagten Schadensersatz wegen eines Geburtsschadens.

Am 18. September 1979 wurde der Kläger in der Städtischen Frauenklinik der Beklagten zu 1) geboren. An der Entbindung waren zunächst nur der Beklagte zu 3), der damals Assistenzarzt der Beklagten zu 1) war, und eine Hebamme beteiligt. Der Beklagte zu 3) hat später den Beklagten zu 2) als leitenden Oberarzt hinzugezogen.

Die Mutter des Klägers wurde am 18. September 1979 um 4.00 Uhr in die Klinik aufgenommen. Aus dem Geburtsprotokoll ergibt sich, daß zwischen 4.05 Uhr und 4.45 Uhr der kindliche Kopf hoch am Beckeneingang stand, daß in den folgenden Stunden eine Ultraschallmessung mit dem Ergebnis eines Kopfdurchmessers von 9,5 cm durchgeführt wurde und daß sich der Kopf des Kindes um 14.35 Uhr immer noch hoch am Beckeneingang befand, bis 19.45 Uhr diesen Stand beibehielt und zwischen 19.45 Uhr und 20.15 Uhr sich vom Beckeneingang nach Beckenmitte bewegte. Für 20.15 Uhr ist dokumentiert: "Geburtsstillstand i.d.AP = Vakuum Extraktion". Im Geburtsbericht ist unter "außergewöhnliche Geburtsergebnisse" noch vermerkt: "Entwicklung der Schultern bereitete Schwierigkeiten". Die Geburt selbst ist für 20.45 Uhr aus "I. HHL" (Hinterhauptslage) dokumentiert. Nach der Geburt wurde der Kläger wegen Ateminsuffizienz in die Kinderklinik der Erstbeklagten verlegt. Spätere Untersuchungen ergaben einen

schweren Hirnschaden, eine linksseitige Erb'sche Lähmung und eine Oberarmfraktur links. Der Kläger ist seitdem geistig behindert und pflegebedürftig.

Der Kläger hat seine Behinderung auf Fehler bei der Entbindung zurückgeführt. Im übrigen stützt er seine Klage darauf, die Vakuum-Extraktion sei ohne entsprechende Aufklärung und Einwilligung seiner Mutter erfolgt und im übrigen auch kontraindiziert gewesen.

Die Klage ist zunächst von dem Kläger und seiner Mutter erhoben worden und war gegen die Beklagten zu 1) bis 3) sowie die Hebamme und den leitenden Chefarzt der Frauenklinik gerichtet. Mit ihrer Klage haben die Kläger ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 100.000 DM für Mutter und Kind und materiellen Schadensersatz in Höhe von 53.952,80 DM nebst Zinsen verlangt, sowie die Feststellung begehrt, daß die Beklagten verpflichtet sind, Schadensersatz für die Vermehrung der Bedürfnisse des Klägers zwischen Klageerhebung und dem Abschluß der mittleren Reife, sowie für den Erwerbsausfall in der Zeit danach und für die künftigen Heilbehandlungskosten zu leisten, soweit die Ansprüche nicht auf öffentlich-rechtliche Versicherungsträger übergegangen sind.

Das Landgericht hat die Klage der Mutter des Klägers insgesamt abgewiesen und die Klage des Klägers insoweit, als sie gegen die Hebamme gerichtet war. Im übrigen hat es die Zahlungsklage des Klägers dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt und der Feststellungsklage stattgegeben. Auf die Berufung der Beklagten zu 1) bis 3) und des Chef-

arztes hat das Oberlandesgericht die Klage insgesamt abgewiesen. Mit der Revision verfolgt der Kläger seine Klageansprüche gegen die Beklagten zu 1) bis 3) weiter.

Entscheidungsgründe:

A. Zulässigkeit der Revision

Die Revision ist entgegen der Ansicht der Revisionserwiderung nicht deshalb teilweise unzulässig, da im Rubrum der beim Bayer. Obersten Landesgericht eingereichten Revisionschrift neben dem Kläger auch die frühere Klägerin zu 2) erwähnt und gleichzeitig angegeben worden ist, namens und in "ihrem" Auftrag werde Revision eingelegt, und auch der beim Bundesgerichtshof zugelassene Prozeßbevollmächtigte schriftsätzlich die weitere Vertretung "der Kläger und Revisionskläger" angezeigt hatte. Aus diesen Erklärungen ergibt sich nicht, daß die Revision auch für die frühere Klägerin zu 2) durchgeführt werden sollte, obwohl schon am Berufungsverfahren nur der Kläger beteiligt gewesen ist, weil das Landgericht die Klage der Zweitklägerin abgewiesen und sie selbst keine Berufung eingelegt hatte. Im Revisionsverfahren ist nur beantragt, das angefochtene Urteil im Verhältnis zu den Revisionsbeklagten aufzuheben und nach den Anträgen der Kläger in der Berufungsinstanz zu erkennen. Dort hatte nur der Kläger einen Antrag gestellt (vgl. BU S. 13 Abs. 3). Damit war klargestellt, daß nur der Kläger auch Revisionskläger sein sollte.

B. Begründetheit der Revision

I.

Das Berufungsgericht verneint, sachverständig beraten, Diagnose- und Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Entbindung des Klägers. Es geht dabei mit dem Sachverständigen davon aus, daß die Entscheidung der Beklagten zu 2) und 3), eine Vakuum-Extraktion anstelle einer Kaiserschnittentbindung durchzuführen, vertretbar war und nicht als fehlerhaft angesehen werden kann, da sich damals etwa die Hälfte aller Geburtshelfer in vergleichbaren Fällen ebenfalls für eine Vakuum-Extraktion mit anschließender Vaginalgeburt entschieden hätten, und aufgrund der zwischenzeitlichen Entwicklung der Medizin jetzt sogar eine größere Zahl von Geburtshelfern eine vaginale Geburt versuchen würde.

Eine Haftung der Beklagten aus dem Gesichtspunkt der fehlenden Einwilligung für die Vakuum-Extraktion hält das Berufungsgericht schon deshalb für ausgeschlossen, da ernst zu nehmende Gefahren für den Kläger bei einer Vaginalentbindung nicht vor Eintritt des Geburtsstillstandes um 20.15 Uhr gedroht hätten, zu diesem Zeitpunkt aber die Mutter des Klägers infolge der erheblichen psychischen und physischen Belastungen durch die Geburt, die starken Schmerzen und die Gabe von Schmerzmitteln nicht mehr in der Lage gewesen sei, eine eigenverantwortliche relevante Entscheidung zu treffen. Im übrigen sei nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen die Vakuum-

Extraktion problemlos verlaufen und nicht ursächlich für die Schäden des Klägers gewesen.

II.

Das Berufungsurteil hält nicht durchweg den Revisionsangriffen stand.

1. Rechtlich einwandfrei sieht das Berufungsgericht allerdings keinen schuldhaften Behandlungsfehler der Beklagten zu 2) und 3) darin, daß diese bei der Entbindung des Klägers eine Vakuumextraktion anstelle eines Kaiserschnitts vorgenommen haben. Das Berufungsgericht hatte den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. G. entnommen, daß zu der damaligen Zeit etwa die Hälfte aller Geburtshelfer in einem Falle, in dem sich bei Eintritt eines Geburtsstillstandes, aber bei vollständig geöffnetem Muttermund, der Kopf des Kindes zwischen Beckeneingang und Beckenmitte befindet und ein Mißverhältnis zwischen dem kindlichen Kopf und dem Geburtskanal nicht sehr wahrscheinlich ist, die Entbindung des Kindes mittels einer Saugglocke für sachgerecht hielten, und daß dieser Anteil heute noch höher ist. Im Hinblick darauf konnte das Berufungsgericht rechtsfehlerfrei davon ausgehen, daß die Entscheidung der Beklagten zu 2) und 3), bei dem Kläger, der sich in einer vergleichbaren Situation befand, auch eine Entbindung durch Vakuum-Extraktion und nicht durch Kaiserschnitt vorzunehmen, zumindest vertretbar war und nicht als behandlungsfehlerhaft angesehen werden kann.

Auch soweit das Berufungsgericht Diagnosefehler und Fehler bei der Durchführung der Vakuumextraktion und der Behebung der Schulterdystokie verneint, sind Rechtsfehler nicht ersichtlich.

Die Verfahrensrügen, welche die Revision gegen die Feststellungen des Berufungsgerichts erhebt, aufgrund deren es zur Verneinung von Diagnose- und Behandlungsfehlern gekommen ist, hat der erkennende Senat geprüft, aber nicht für durchgreifend erachtet. Er sieht gemäß § 565 a ZPO davon ab, dies im einzelnen zu begründen.

2. Rechtlich bedenklich sind jedoch die Ausführungen des Berufungsgerichts zur fehlenden Aufklärung und Einwilligung der Mutter des Klägers.

a) Das Berufungsgericht geht allerdings insoweit unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des erkennenden Senats zutreffend davon aus, daß der geburtsleitende Arzt gegenüber der Gebärenden von sich aus die Möglichkeit einer Schnittenbindung nur zur Sprache bringen muß, wenn im Falle einer vaginalen Geburt für das Kind ernstzunehmende Gefahren drohen und daher gewichtige Gründe für eine Schnittenbindung sprechen (Senatsurteil BGHZ 106, 153, 157 = AHRS 5000/30). Die gelegentlich erhobene Forderung, eine werdende Mutter bereits im Rahmen der teilweise schon üblich gewordenen Kreißsaalbesichtigung längere Zeit vor der akuten Entbindungssituation über alle Komplikationen und Eingriffe im Zusammenhang mit einer Geburt, auch über den Kaiserschnitt, aufzuklären, unterstützt der Senat nicht

(vgl. auch Hiersche/Hiersche, Der Gynäkologe 1989 (22), 384).

Rechtlich nicht zu beanstanden ist es ferner, wenn das Berufungsgericht annimmt, daß eine solche Situation bei dem Geburtsvorgang des Klägers erst im Zeitpunkt des Geburtsstillstandes um 20.15 Uhr eingetreten war, weil erst dann erkennbar war, daß etwa die Hälfte aller Geburtshelfer sich für eine Kaiserschnittentbindung entschieden hätte. Deshalb war die Entbindung durch Kaiserschnittoperation auch nach Auffassung des Berufungsgerichts von diesem Zeitpunkt ab eine ernst zu nehmende Alternative gegenüber dem Behandlungskonzept der Beklagten zu 2) und 3), über welche die Mutter des Klägers grundsätzlich von ihnen aufzuklären war (BGHZ 106 aaO).

b) Der erkennende Senat teilt jedoch nicht die Ansicht des Berufungsgerichts, daß dem Beklagten schon deshalb kein Vorwurf aus dem Unterlassen einer entsprechenden Aufklärung gemacht werden kann, weil die Entscheidung zwischen vaginaler Entbindung und Kaiserschnittentbindung erst zu einem Zeitpunkt aktuell wurde, als die Mutter des Klägers infolge der erheblichen psychischen und physischen Belastungen durch den Geburtsvorgang, der starken Schmerzen und der Einwirkung der verabreichten Schmerzmittel nicht mehr in der Lage war, eine eigenverantwortliche relevante Entscheidung zu treffen.

Es ist zwar richtig, daß ein Patient, der unter einer schweren psychischen und physischen Belastung steht und zudem erheblich sediert ist, kaum in der Lage ist, in einem

Aufklärungsgespräch das Für und Wider des weiteren ärztlichen Vorgehens zu erfassen und dann eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen (Senatsurteil vom 10. März 1987 - VI ZR 88/86 - VersR 1987, 770 = AHRS 4950/8). Der Sachverständige Prof. Dr. G. geht ersichtlich davon aus, daß bei fortgeschrittenem Geburtsvorgang jede Gebärende in einen solchen Zustand gerät. Ist das aber der Fall, dann kann sich für den geburtsleitenden Arzt unter Umständen die Verpflichtung ergeben, seine Patientin bereits zu einem Zeitpunkt über die alternativ in Betracht kommende Kaiserschnittentbindung aufzuklären und ihre Einwilligung einzuholen, zu dem die Entscheidung für die eine und gegen die andere Methode noch nicht akut wird, und zwar vor allem dann, wenn er ihr zusätzlich noch Medikamente verabreicht, welche die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigen.

Nach Ziff. 7 der Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Patientenaufklärung vom 9. März 1990 (Dt. Ärztebl. 1990, B - 940) soll die Aufklärung zu einem Zeitpunkt erfolgen, zu dem der Patient noch in vollem Besitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfähigkeit ist. Der erkennende Senat verlangt seit langem bei chirurgischen Eingriffen, bei denen der Arzt die ernsthafte Möglichkeit einer Operationserweiterung oder den Wechsel in eine andere Operationsmethode in Betracht ziehen muß, daß der Patient vor der Operation entsprechend aufgeklärt werden muß (Senatsurteile vom 17. September 1985 - VI ZR 12/84 - VersR 1985, 1187, 1188 = AHRS 4750/4 und vom 13. Dezember 1988 - VI ZR 22/88 - VersR 1989, 289 = AHRS 4300/5). Bei im Voraus geplanten Operationen hat die Aufklärung sogar grundsätzlich schon bei der Festlegung des Operationstermins zu

erfolgen (Senatsurteil vom 7. April 1992 - VI ZR 192/91 - VersR 1992, 960). Hat der Arzt vor der Operation Hinweise auf eine möglicherweise erforderlich werdende Operationserweiterung unterlassen und zeigt sich intraoperativ die Notwendigkeit zu einem weiteren Eingriff, dann kann und muß er, soweit dies möglich ist, die Operation beenden und den Patienten nach Abklingen der Narkoseeinwirkungen entsprechend aufklären und seine Einwilligung in den zusätzlichen Eingriff einholen (OLG Hamm, Urteil vom 19. Dezember 1990 - 3 U 103/90 mit PKH-Verweigerung durch Beschluß des erkennenden Senats vom 28. Mai 1991 - VI ZA 6/91 - AHRS 1030/20). Diese Grundsätze müssen entsprechend bei erforderlich werdenden Aufklärungen über alternativ in Betracht kommende Entbindungsverfahren gelten. Bei Entbindungsvorgängen ist der Arzt allerdings zu einem Abbruch und einer späteren Fortsetzung nach Einholung der Einwilligungserklärung nicht in der Lage. Er muß in der kritischen Phase sofort eine Entscheidung für die eine und gegen die andere Art der Entbindung treffen. Dies macht deutlich, daß der geburtsleitende Arzt in noch stärkerem Maße als ein Chirurg bei chirurgischen Eingriffen verpflichtet ist, in allen Fällen, in denen die ernsthafte Möglichkeit besteht, daß während des Geburtsvorgangs eine Situation eintritt, in der sein weiteres rechtmäßiges Vorgehen von einer besonderen Einwilligung seiner Patientin abhängig ist, rechtzeitig vorher die für diesen Fall erforderliche Aufklärung vorzunehmen und die vorsorgliche Einwilligung der Patientin einzuholen. Selbst von Gynäkologen wird die Aufklärung über Geburtskomplikationen bereits dann für erforderlich gehalten, wenn in der konkreten Situation mit ihnen zu rechnen ist (vgl. Hiersche/Hiersche, aaO).

Bei der Wahl zwischen vaginaler Entbindung, ggf. mit Vakuumextraktion, und Schnittentbindung handelt es sich nämlich 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. Andererseits soll die werdende Mutter während des Geburtsvorgangs aber auch nicht ohne Grund mit Hinweisen über die unterschiedlichen Gefahren und Risiken der verschiedenen Entbindungsmethoden belastet werden und es sollen ihr nicht Entscheidungen für eine dieser Methoden abverlangt werden, solange es noch ganz ungewiß ist, ob eine solche Entscheidung überhaupt getroffen werden muß. Darüberhinaus muß jede Aufklärung auch einen konkreten Gehalt haben; ein Aufklärungsgespräch auf so unsicherer Grundlage müßte weitgehend theoretisch bleiben. Eine vorgezogene Aufklärung über die unterschiedlichen Risiken der verschiedenen Entbindungsmethoden ist deshalb nicht bei jeder Geburt erforderlich und auch dann noch nicht, wenn nur die theoretische Möglichkeit besteht, daß im weiteren Verlauf eine Konstellation eintreten kann, die als relative Indikation für eine Schnittentbindung zu werten ist. Eine solche Aufklärung ist jedoch immer dann erforderlich und muß dann bereits zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, zu dem die Patientin sich noch in einem Zustand befindet, in dem diese Problematik mit ihr besprochen werden kann, wenn deutliche Anzeichen dafür bestehen, daß sich der Geburtsvorgang in Richtung auf eine solche Entscheidungssituation entwickeln kann, in der die Schnittentbindung notwendig oder zumindest zu einer echten Alternative zur vaginalen Entbindung wird. Das ist etwa

dann der Fall, wenn es sich bei einer Risikogeburt konkret abzeichnet, daß sich die Risiken in Richtung auf die Notwendigkeit oder die relative Indikation einer Schnitttentbindung entwickeln können.

Aus den bisher getroffenen Feststellungen läßt sich nicht entnehmen, ob und ggf. wann bei dem Geburtsvorgang am 18. September 1979 vor 20.15 Uhr Anlaß zu einer vorgezogenen Aufklärung bestand. Aus der Feststellung des Berufungsgerichts, die es aufgrund sachverständiger Beratung durch Prof. Dr. G. getroffen hat, erst gegen 20.15 Uhr sei die Entscheidung zwischen Sectio und vaginaler Geburt aktuell gewesen, ergibt sich nicht, daß sich eine solche Situation nicht schon längere Zeit vorher ernsthaft abgezeichnet hat, zumal dieser Sachverständige darauf hingewiesen hat, daß der Kopf des Klägers während des gesamten Geburtsverlaufs im Beckeneingang stand und nicht, wie dies normalerweise zu beobachten ist, mit Eröffnung des Muttermundes tiefer trat (GA Bl. 145), daß sich der Kopf auch um 18.15 Uhr zu Beginn der Austreibungsphase (GA Bl. 253) noch im Beckeneingang befand und dann auch bis 20.15 Uhr nur ein geringer Geburtsfortschritt festzustellen war (GA Bl. 143). Das alles konnte dafür sprechen, daß jedenfalls längere Zeit vor 20 Uhr ernsthaft damit gerechnet werden mußte, daß eine normale vaginale Entbindung kaum noch in Betracht kam, sondern nur noch eine Vakuumextraktion, und daß dann die Schnitttentbindung als Alternative dazu zu erwägen sein würde.

Zutreffend weist die Revision darüberhinaus noch darauf hin, daß der Sachverständige Prof. Dr. M. bereits für

16 Uhr eine Sectio-Indikation bejaht hat. Das Berufungsgericht mußte dieser Auffassung zwar im Hinblick auf die Angaben des Sachverständigen Prof. Dr. G. nicht folgen. Aus dieser Annahme des Sachverständigen Prof. Dr. M. kann sich jedoch ergeben, daß der Zweitbeklagte bereits zu diesem Zeitpunkt ernsthaft damit rechnen mußte, nach Verabreichung der das Bewußtsein der Mutter des Klägers beeinträchtigenden Medikation und noch unter deren Wirkung könne eine Situation eintreten, in der ein Großteil der Gynäkologen eine Schnittentbindung für indiziert hielt, auch wenn er selbst diese Auffassung nicht teilte. War das aber der Fall, dann hätte mit der Mutter des Klägers bereits um 16.00 Uhr ein entsprechendes Aufklärungsgespräch geführt werden müssen.

b) Rechtsfehlerhaft geht das Berufungsgericht ferner davon aus, daß die Beklagten für den Fall, daß die Mutter des Klägers zu einer verantwortungsvollen Abwägung zwischen den Vor- und Nachteilen und den jeweiligen Risiken verschiedener Geburtsmethoden nicht mehr in der Lage war, berechtigt waren, aufgrund ihrer eigenen Präferenzen selbst die Entbindungsmethode zu bestimmen. In Fällen dieser Art ist für die Entscheidung des Arztes bezüglich seines weiteren Vorgehens allein der mutmaßliche Wille des Patienten ausschlaggebend.

Dieser Wille geht in Geburtsfällen jedoch nicht immer dahin, die höchsten Risiken für das Kind und nur die geringsten für die Mutter einzugehen. Im Hinblick auf die gravierenden Folgen, unter denen das Kind zeitlebens zu leiden hat, wenn sich bei einer Vaginalgeburt die damit verbundenen Risiken verwirklichen, entscheiden sich zahl-

reiche Mütter für eine Schnittentbindung, wenn diese auch für sie mit größeren Gefahren verbunden ist.

Um den mutmaßlichen Willen der jeweiligen Patientin zu ermitteln, muß der Arzt daher prüfen, ob diese früher ihm oder anderen Personen gegenüber etwa gewisse Andeutungen gemacht hat, aus denen er Rückschlüsse auf ihre Sinnesrichtung hinsichtlich der Gefahrtragung ziehen kann.

Die nach der Behauptung des Klägers von seiner Mutter um 17.00 Uhr im Hinblick auf unerträgliche Schmerzen an die Hebamme gerichtete Bitte um Vornahme eines Kaiserschnittes wäre insoweit allerdings irrelevant, wenn die Mutter des Klägers in diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage war, eine eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen. Dann konnten nämlich, worauf das Berufungsgericht zutreffend hinweist, die unerträglichen Schmerzen so im Vordergrund gestanden haben, daß die Patientin nach einem Ausweg verlangte, ohne sich über die Risiken, die ihr vorher nicht verdeutlicht worden sind, insbesondere über die Erhöhung der Mortalität bei Schnittentbindungen, im klaren zu sein.

3. Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts kommt es für die Frage der Haftung der Beklagten wegen eines Aufklärungsversäumnisses auch nicht darauf an, daß die Vakuumextraktion problemlos verlief und daß diese nicht ursächlich für die Schäden des Klägers war. Entscheidend ist vielmehr, ob die Schäden nicht eingetreten wären, wenn eine Kaiserschnittentbindung durchgeführt worden wäre. Die Revision geht davon aus, daß der Kläger gesund geboren worden wäre, wenn die Entbindung durch Kaiserschnitt erfolgt wäre.

Die Erb'sche Lähmung wäre dadurch - wie zwischen den Parteien offenbar sogar unstreitig ist - jedenfalls verhindert worden.

III.

Bei dieser Sachlage muß das Berufungsurteil, soweit es von dem Kläger angefochten ist, aufgehoben und die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden. In der neuen Verhandlung muß dann geklärt werden, ob bei der Mutter des Klägers schon zu einem Zeitpunkt, in dem sie noch in vollem Besitz ihrer Erkenntnis- und Entscheidungsfähigkeit war, nach Maßgabe des zuvor Gesagten mit der ernsthaften Möglichkeit gerechnet werden mußte, daß während des Geburtsvorganges eine Situation eintreten konnte, in der ein Großteil der Geburtshelfer eine Vaginalentbindung nicht mehr wagen würde, und ob bejahendenfalls die Hypoxie, an welcher der Kläger litt, durch eine Schnittentbindung hätte verhindert werden können, was der Sachverständige Prof. G. bisher nur als "sehr wahrscheinlich" gehalten hat (GA Bl. 147).

Sollte eine weitere Sachaufklärung zu dem Ergebnis führen, daß sich zu dem Zeitpunkt, zu dem mit der Mutter des Klägers letztmals ein Aufklärungsgespräch geführt werden konnte, noch nicht die ernsthafte Möglichkeit des Eintritts

einer Konstellation abgezeichnet hatte, in der die Schnitt-entbindung zu einer echten Behandlungsalternative wurde, dann ist zu prüfen, ob die Mutter des Klägers mutmaßlich in eine vaginale Entbindung mit Vakuumextraktion eingewilligt hätte.

Dr. Steffen

Dr. Kullmann

Dr. Lepa

Bischoff

Dr. Dressler