

Bundesgerichtshof

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

§§ 280 I, 823 I BGB

- 1. Eine Haftung wegen Unterlassens der (vorgezogenen) Aufklärung über die Behandlungsalternative der Sectio kommt auch dann in Betracht, wenn die Sectio später durchgeführt wird als sie bei rechtzeitiger Aufklärung durchgeführt worden wäre und diese Verzögerung zu einem Geburtsschaden geführt hat.**
- 2. Dafür, dass und in welchem Umfang in einer Überschreitung der empfohlenen EE-Zeit (Zeit von der Entscheidung zur Sectio bis zur Entwicklung des Kindes) ein Behandlungsfehler liegt, trägt der Geschädigte die Beweislast. Die Gefahren einer solchen Zeitüberschreitung sind für die Behandlungsseite nicht voll beherrschbar.**

BGH, Urteil vom 28.08.2018, Az.: VI ZR 509/17

Tenor:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des 4. Zivilsenats des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts vom 20. Dezember 2017 aufgehoben.

Die Sache wird zur neuen Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsverfahrens, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

1

Die Klägerin nimmt die Beklagten wegen behaupteter ärztlicher Behandlungs- und Aufklärungsfehler im Zusammenhang mit ihrer Geburt auf Ersatz des materiellen und immateriellen Schadens in Anspruch.

2

Die Klägerin wurde am 23. November 2006 in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Beklagten zu 1 geboren. An diesem Tag gegen 4:35 Uhr stellte sich ihre Mutter dort mit regelmäßiger Wehentätigkeit vor. Die zunächst geschriebenen CTGs wiesen eine eingeengte Oszillation auf, weshalb Sterofundin verabreicht wurde. Nach einem unauffälligen CTG zwischen 7:03 Uhr und 7:20 Uhr erfolgte eine CTG-Pause bis 10:30 Uhr, da die Mutter der Klägerin ruhen wollte. Um 10:10 Uhr untersuchte die Beklagte zu 2 die Mutter der Klägerin und empfahl die Geburtseinleitung mit einem wehenfördernden Mittel. Die ab 10:30 Uhr veranlassten CTGs wiesen erneut eine eingeengte Oszillation auf, woraufhin wiederholt Sterofundin verabreicht wurde. Um 11:35 Uhr wurde eine Testdosis eines wehenfördernden Mittels verabreicht. Um 12:05 Uhr trat eine erste, um 12:35 Uhr eine zweite (späte) und um 12:48 Uhr eine dritte (späte) Dezeleration (Absinken der

fetalen Herzfrequenz) auf. Daraufhin führte die Beklagte zu 2 eine vaginale Untersuchung durch, die ergab, dass der Muttermund noch nicht geöffnet war. Sie ordnete eine eilige Sectio an, über deren Notwendigkeit sie die Mutter der Klägerin aufklärte.

3

Auf die Mitteilung der Beklagten zu 2, dass die Herztöne des Kindes abgefallen seien, geriet die Mutter der Klägerin in einen Zustand, den sie selbst als Panik beschrieb. Sie verweigerte den Versuch, sich im Vorbereitungsraum einen Blasenkatheter anlegen zu lassen. Um 13:06 Uhr kam es zu einer weiteren (späten) Dezeleration im CTG. Um 13:10 Uhr wurde die Mutter der Klägerin im OP nach vorheriger Spinalanästhesie gelagert. Im OP-Bericht der darauf folgenden Sectio ist erwähnt, dass um 13:00 Uhr die Information von Anästhesie, OP-Schwestern und Pädiater zur eiligen Sectio erfolgt und ein Medikament zur Wehenunterdrückung gegeben worden sei. Die Mutter der Klägerin sei mäßig kooperativ und extrem aufgebracht, sie lehne die Sauerstoffzufuhr über die Nasensonde und eine Sedierung zur Verbesserung der Kooperation ab.

4

Um 13:34 Uhr wurde die Klägerin mit einer Hirnschädigung geboren. Sie ist in ihrer geistigen und körperlichen Entwicklung bis heute schwer retardiert und praktisch rund um die Uhr betreuungs- und pflegebedürftig.

5

Die Klägerin behauptet, die bei ihr eingetretene Schädigung beruhe auf einem Sauerstoffmangel in der letzten Phase der Geburt, der seinerseits auf diverse Behandlungsfehler der Beklagten zurückgehe. So stelle es einen Befunderhebungsfehler dar, dass zwischen 7:20 und 10:30 Uhr keine CTG-Überwachung erfolgt sei. Ferner habe bereits um 12:05 Uhr eine eilige Sectio angeordnet werden müssen. Um 12:48 Uhr, spätestens aber um 13:06 Uhr, habe die Indikation für eine Notsectio bestanden. Auch in der Überschreitung der EE-Zeit (Zeit von der Entscheidung zum Kaiserschnitt bis zur Entwicklung des Kindes) liege ein (grober) Behandlungsfehler. Die Mutter der Klägerin habe frühzeitig über die Möglichkeit einer Sectio aufgeklärt werden müssen.

6

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen, das Oberlandesgericht hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen. Mit der vom Berufungsgericht zugelassenen Revision verfolgt die Klägerin ihr Klageziel weiter.

Entscheidungsgründe:

A.

7

Nach Auffassung des Berufungsgerichts stehen der Klägerin gegen die Beklagten weder vertragliche noch deliktische Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche zu. Auf der Grundlage der schlüssigen, nachvollziehbaren und widerspruchsfreien Ausführungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen Dr. K. und unter Auseinandersetzung mit den von der Klägerin vorgelegten Privatgutachten habe sich das Berufungsgericht nicht davon überzeugen können, dass bei der Behandlung der Mutter der Klägerin in der Klinik der Beklagten zu 1 Behandlungsfehler unterlaufen seien, die kausal für die Gesundheitsverletzung der Klägerin geworden seien.

8

In der fehlenden CTG-Überwachung der Mutter der Klägerin im Zeitraum von 7:20 bis 10:30 Uhr liege zwar ein einfacher (nicht grober) Behandlungsfehler in Form eines

Befunderhebungsfehlers, der jedoch nicht kausal für eine gesundheitliche Schädigung der Klägerin geworden sei.

9

Die Mutter der Klägerin sei nicht verspätet über die Durchführung einer Sectio als Behandlungsalternative aufgeklärt worden, so dass sich hieraus nicht ergebe, dass diese auf entsprechenden Wunsch der Schwangeren zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt worden wäre. Eine Aufklärung über die Sectio als Behandlungsalternative sei zu dem Zeitpunkt geboten gewesen, zu dem für die Klägerin ernst zu nehmende Gefahren gedroht hätten und zu dem die Schnittentbindung zumindest relativ indiziert gewesen sei. Für eine Aufklärungspflicht reiche es zwar nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs schon aus, dass bereits "deutliche Anzeichen" dafür bestünden, dass im weiteren Verlauf der Geburtsvorgang sich in Richtung einer medizinischen Indikation für einen Kaiserschnitt entwickeln werde. Die vorgezogene Aufklärung bedeute aber nicht, dass sich die Patientin für eine sofortige Sectio entscheiden könne, auch wenn noch keine medizinische Indikation hierfür vorliege. Die vorgezogene Aufklärung sei vorsorglich und zeitlich vorgelagert, komme aber erst zum Tragen, wenn die prognostizierte Konstellation eintrete, in der die Schnittentbindung absolut oder relativ indiziert sei. Aus einer Verletzung der Pflicht zur vorgezogenen Aufklärung über die Sectio könne sich daher keine Haftung aufgrund einer unterlassenen Sectio vor Eintritt der medizinischen Indikation für die Sectio ergeben. Die relative Indikation für eine Kaiserschnittentbindung sei hier mit dem Auftreten der zweiten (späten) Dezeleration im CTG um 12:35 Uhr eingetreten, die absolute Indikation mit dem Auftreten der dritten (späten) Dezeleration um 12:48 Uhr. Zu dem Zeitpunkt, zu dem die Einleitung der Geburt mit der Patientin besprochen worden sei, und auch um 12:05 Uhr (erste Dezeleration) sei entgegen der Ansicht der Privatgutachter die Sectio noch nicht relativ indiziert gewesen. Aus dem Entstehen der relativen Indikation für eine Sectio um 12:35 Uhr ließen sich keine haftungsrechtlichen Folgen ableiten. Denn die Beklagte zu 2 habe sich daraufhin in das Behandlungszimmer begeben, um die Mutter der Klägerin zu untersuchen. Kurze Zeit später sei mit dem Auftreten der dritten (späten) Dezeleration die absolute Indikation für die Sectio eingetreten, so dass diese nicht mehr nur eine aufzuklärende Behandlungsalternative dargestellt habe.

10

Nach Eintreten der absoluten Indikation für den Kaiserschnitt um 12:48 Uhr sei es nicht behandlungsfehlerhaft gewesen, dass die Beklagte zu 2 eine eilige Sectio und nicht eine Notsectio durchgeführt und auch bei Auftreten der vierten (späten) Dezeleration um 13:06 Uhr nicht auf eine Notsectio umgestellt habe.

11

Gegen 12:52 Uhr - nach dem Auftreten der dritten Dezeleration um 12:48 Uhr und der vaginalen Untersuchung der Mutter der Klägerin bis ca. 12:52 Uhr - habe ärztlicherseits die Entscheidung zum eiligen Kaiserschnitt getroffen werden müssen. Die empfohlene EE-Zeit für eine eilige Sectio von 30 Minuten sei hier um zwölf Minuten überschritten worden. Aus dem Überschreiten der EE-Zeit ergebe sich grundsätzlich die Vermutung eines Organisationsfehlers des Krankenhauses, das die Arbeitsabläufe so auszugestalten habe, dass die Personal- und Sachausstattung eine eilige Sectio innerhalb von 30 Minuten ermöglichen. Die Vermutung ergebe sich daraus, dass die Patientin keinen Einblick in die klinischen Arbeitsabläufe habe. Stehe jedoch fest, dass es zu Erschwernissen bei der Durchführung der Sectio gekommen sei, die nicht aus dem Organisations- und Verantwortungsbereich der Klinik stammten, so greife die Vermutung nicht. Erst wenn die Patientin dann darlege und beweise, dass das aus ihrer Sphäre stammende Erschwernis nur für einen oder keinen Teil der Zeitüberschreitung verantwortlich zeichne, könne hinsichtlich des verbleibenden Anteils der Zeitüberschreitung ein Organisationsfehler der Klinik

vermutet werden. Im Streitfall stehe ein Organisationsfehler nicht fest. Er könne aber auch nicht vermutet werden, weil die Durchführung der Sectio durch die unzureichende Mitwirkung der Mutter der Klägerin erschwert worden sei, wie sich aus dem OP-Bericht sowie der Anhörung der Mutter der Klägerin und der Beklagten zu 2 ergebe. Dadurch sei es zu einer zeitlichen Verzögerung bei der Sectio gekommen, die das Berufungsgericht allerdings nicht quantifizieren könne. Auch sei nicht zu erkennen, dass die Verzögerung durch ärztliches oder pflegerisches Einwirken hätte kompensiert werden können. Nach alledem könne aus dem Überschreiten der EE-Zeit kein Organisationsfehler der Beklagten abgeleitet werden.

B.

12

Die zulässige Revision hat in der Sache Erfolg.

I.

13

Die Revision ist unbeschränkt zulässig.

14

1. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs kann die Zulassung der Revision nur auf einen tatsächlich und rechtlich selbständigen Teil des Gesamtstreitstoffs beschränkt werden, der Gegenstand eines selbständig anfechtbaren Teil- oder Zwischenurteils sein oder auf den der Revisionskläger selbst seine Revision beschränken könnte (vgl. Senatsurteile vom 2. Mai 2017 - VI ZR 262/16, VersR 2017, 959 Rn. 15; vom 21. September 2015 - VI ZR 100/14, juris Rn. 19; vom 17. Dezember 2013 - VI ZR 211/12, VersR 2014, 381 Rn. 59; BGH, Urteil vom 30. März 2007 - V ZR 179/06, VersR 2007, 1230 Rn. 6; jeweils mwN). Zudem muss sich eine Beschränkung der Revisionszulassung aus dem Tenor oder den Entscheidungsgründen klar und eindeutig ergeben (vgl. Senatsurteile vom 19. Dezember 2017 - VI ZR 128/16, WM 2018, 220 Rn. 9; vom 2. Mai 2017 - VI ZR 262/16, VersR 2017, 959 Rn. 16; vom 21. September 2015 - VI ZR 100/14, juris Rn. 20).

15

2. Vorliegend hat das Berufungsgericht die Zulassung der Revision mit der von ihm vertretenen rechtlichen Bewertung des Überschreitens der EE-Zeit als einer Frage von grundsätzlicher Bedeutung begründet. Es kann dahinstehen, ob damit klar und eindeutig eine Beschränkung der Revisionszulassung auf diese Problematik erfolgt ist. Denn jedenfalls wäre eine solche Beschränkung unwirksam. Ein etwaiger Behandlungsfehler, der in dem Überschreiten der EE-Zeit liegen könnte, kann tatsächlich und rechtlich nicht isoliert von dem Geschehen vor der EE-Zeit betrachtet werden. Insbesondere können sich etwaige Fehler vor der EE-Zeit in der EE-Zeit selbst fortsetzen und deren Dauer beeinflussen (s.u. II. 2. und 3.).

II.

16

Die Revision ist begründet.

17

1. Allerdings liegt der von der Revision gerügte Verfahrensfehler einer unvollständigen Beweiswürdigung (Verstoß gegen § 286 ZPO) nicht vor.

18

Grundsätzlich ist die Würdigung der Beweise dem Tatrichter vorbehalten. An dessen Feststellungen ist das Revisionsgericht gemäß § 559 Abs. 2 ZPO gebunden. Dieses kann lediglich nachprüfen, ob sich der Tatrichter entsprechend dem Gebot des § 286 ZPO mit dem Prozessstoff und den Beweisergebnissen umfassend und widerspruchsfrei auseinandergesetzt hat, die Beweiswürdigung also vollständig und rechtlich möglich ist und nicht gegen Denkgesetze und Erfahrungssätze verstößt (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. Senatsurteile vom 11. November 2014 - VI ZR 76/13, VersR 2015, 327 Rn. 13; vom 16. April 2013 - VI ZR 44/12, VersR 2013, 1045 Rn. 13; vom 8. Juli 2008 - VI ZR 274/07, VersR 2008, 1126 Rn. 7; vom 1. Oktober 1996 - VI ZR 10/96, VersR 1997, 362, 364; BGH, Urteil vom 5. Oktober 2004 - XI ZR 210/03, BGHZ 160, 308, 316 f.).

19

Gutachten von Sachverständigen unterliegen zwar der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (§ 286 Abs. 1 ZPO). Der erkennende Senat hat jedoch wiederholt ausgesprochen, dass der Tatrichter allen Unklarheiten, Zweifeln oder Widersprüchen von Amts wegen nachzugehen hat (Senatsurteile vom 8. Juli 2008 - VI ZR 259/06, VersR 2008, 1265 Rn. 25; vom 23. März 2004 - VI ZR 428/02, VersR 2004, 790, 791; Senatsbeschluss vom 16. Juni 2015 - VI ZR 332/14, VersR 2015, 1293 Rn. 6). Das gilt zum einen für Widersprüche zwischen einzelnen Erklärungen desselben Sachverständigen (vgl. Senatsurteil vom 12. Februar 2008 - VI ZR 221/06, VersR 2008, 644 Rn. 16; Senatsbeschluss vom 21. Januar 2009 - VI ZR 170/08, VersR 2009, 499 Rn. 7). Zum anderen hat der Tatrichter gerade in Arzthaftungsprozessen nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung die Pflicht, Widersprüchen zwischen Äußerungen mehrerer Sachverständiger von Amts wegen nachzugehen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen, auch wenn es sich um Privatgutachten handelt (Senatsurteile vom 7. Dezember 2004 - VI ZR 212/03, BGHZ 161, 255, 264; vom 10. Oktober 2000 - VI ZR 10/00, VersR 2001, 525, 526; vom 28. April 1998 - VI ZR 403/96, VersR 1998, 853, 854; vom 24. September 1996 - VI ZR 303/95, VersR 1996, 1535, 1536; Senatsbeschlüsse vom 11. März 2014 - VI ZB 22/13, VersR 2014, 895 Rn. 12; vom 9. Juni 2009 - VI ZR 261/08, VersR 2009, 1406 Rn. 7). Legt eine Partei ein medizinisches Gutachten vor, das im Gegensatz zu den Erkenntnissen des gerichtlich bestellten Sachverständigen steht, so darf der Tatrichter den Streit der Sachverständigen nicht dadurch entscheiden, dass er ohne einleuchtende und logisch nachvollziehbare Begründung einem von ihnen den Vorzug gibt (Senatsurteil vom 11. November 2014 - VI ZR 76/13, VersR 2015, 327 Rn. 15 mwN; Senatsbeschluss vom 11. März 2014 - VI ZB 22/13, VersR 2014, 895 Rn. 12).

20

Diese Grundsätze hat das Berufungsgericht entgegen der Auffassung der Revision beachtet. Insbesondere hat es zutreffend dargelegt, dass und weshalb die entscheidungserheblichen Ausführungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen Dr. K. dazu, dass es sich bei der fehlenden CTG-Überwachung von 7:20 Uhr bis 10:30 Uhr nicht um einen kausalen Befunderhebungsfehler handelt, nicht in sich widersprüchlich sind. Auch hat es sich bei Abhandlung der behaupteten Behandlungs- und Aufklärungsfehler jeweils mit den von der Klagepartei vorgelegten Parteigutachten inhaltlich auseinandergesetzt. Mit einleuchtender und logisch nachvollziehbarer Begründung, auf die die Revision nicht eingeht, hat es dargelegt, warum es den Erkenntnissen des gerichtlichen Sachverständigen den Vorzug gibt.

21

Von einer weiteren Begründung zu der Verfahrensrüge unvollständiger Beweiswürdigung wird gemäß § 564 Satz 1 ZPO abgesehen.

22

2. Die Beurteilung des Berufungsgerichts, die Mutter der Klägerin sei nicht verspätet über die Durchführung einer Sectio als Behandlungsalternative aufgeklärt worden,

so dass sich hieraus auch nicht ergebe, dass die Sectio auf entsprechenden Wunsch der Mutter zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt worden wäre, hält revisionsrechtlicher Nachprüfung nicht stand.

23

a) Nach ständiger Rechtsprechung des Senats 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 (Senat, Versäumnisurteil vom 28. Oktober 2014 - VI ZR 125/13, VersR 2015, 579 Rn. 7; Senatsurteile vom 17. Mai 2011 - VI ZR 69/10, VersR 2011, 1146 Rn. 10; vom 13. Juni 2006 - VI ZR 323/04, BGHZ 168, 103 Rn. 13; vom 22. September 1987 - VI ZR 238/86, BGHZ 102, 17, 22; jeweils mwN). Gemäß diesem allgemeinen Grundsatz braucht der geburtsleitende Arzt in einer normalen Entbindungssituation, in der die Schnittentbindung medizinisch nicht indiziert und deshalb keine echte Alternative zur vaginalen Geburt ist, ohne besondere Veranlassung die Möglichkeit einer Schnittentbindung nicht zur Sprache zu bringen. Anders liegt es aber, wenn für den 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 muss der Arzt 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 (Senat, Versäumnisurteil vom 28. Oktober 2014 - VI ZR 125/13, VersR 2015, 579 Rn. 6; Senatsurteile vom 14. September 2004 - VI ZR 186/03, VersR 2005, 227, 228; vom 25. November 2003 - VI ZR 8/03, VersR 2004, 645, 647; vom 16. Februar 1993 - VI ZR 300/91, VersR 1993, 703, 704; vom 19. Januar 1993 - VI ZR 60/92, VersR 1993, 835, 836; vom 6. Dezember 1988 - VI ZR 132/88, BGHZ 106, 153, 157). Gleiches gilt, wenn aufgrund 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 - und muss dann bereits zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, zu dem sich die Schwangere noch in einem Zustand befindet, in dem diese Problematik mit ihr besprochen werden kann -, wenn deutliche Anzeichen dafür bestehen, dass sich der Geburtsvorgang so entwickeln kann, dass die Schnittentbindung zu einer echten Alternative zur vaginalen Entbindung wird (Senat, Versäumnisurteil vom 28. Oktober 2014 - VI ZR 125/13, VersR 2015, 579 Rn. 7; Senatsurteile vom 17. Mai 2011 - VI ZR 69/10, VersR 2011, 1146 Rn. 11; vom 16. Februar 1993 - VI ZR 300/91, VersR 1993, 703, 704 f.). Denn nur dann wird das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, die die natürliche Sachwalterin der Belange auch des Kindes ist, gewahrt. Dieses Recht muss möglichst umfassend gewährleistet werden (vgl. Senat, Versäumnisurteil vom 28. Oktober 2014 - VI ZR 125/13, VersR 2015, 579 Rn. 6; Senatsurteil vom 17. Mai 2011 - VI ZR 69/10, VersR 2011, 1146 Rn. 10 f.).

24

b) Nach den Feststellungen des Berufungsgerichts wurde die Mutter der Klägerin nicht über die Behandlungsalternative einer Sectio aufgeklärt, sondern allein über die Notwendigkeit der Durchführung einer eiligen Sectio; dies geschah zu einem Zeitpunkt, zu dem eine Behandlungsalternative nicht mehr bestand.

25

c) Das Unterlassen der Aufklärung über die Behandlungsalternative der Sectio hat sich vorliegend nicht dahingehend ausgewirkt, dass diese unterblieben wäre oder

dass zunächst ein schadensursächlicher vaginaler Entbindungsversuch vorgenommen worden wäre. Es kann sich aber dahingehend ausgewirkt haben, dass die Sectio später durchgeführt wurde als sie bei rechtzeitiger Aufklärung durchgeführt worden wäre. In diesem Zusammenhang kann einer etwaig gebotenen vorgezogenen Aufklärung deshalb besondere Bedeutung zukommen, weil sie zu einer schadenshindernden oder -mindernden Zeitersparnis hätte führen können. Mit der Erwägung, dass die Sectio auch bei vorgezogener Aufklärung erst mit der medizinischen Indikation vorzunehmen sei, hat das Berufungsgericht diese Bedeutung der vorgezogenen Aufklärung rechtsfehlerhaft verkannt und die diesbezüglich gebotenen Feststellungen deshalb unterlassen.

26

aa) Das Berufungsgericht hat die Feststellung getroffen, dass die Schnittentbindung um 12:35 Uhr relativ und um 12:48 Uhr absolut indiziert war. Es hat ferner festgestellt, dass zu dem Zeitpunkt, zu dem die Einleitung der Geburt mit der Mutter der Klägerin besprochen wurde, eine Sectio noch nicht indiziert war. Es hat jedoch keine Feststellungen dazu getroffen, ob und ab wann aufgrund deutlicher Anzeichen die ernsthafte Möglichkeit bestand, dass die Schnittentbindung im weiteren Verlauf als relativ indiziert anzusehen sein würde. Aus der Feststellung des Berufungsgerichts, die Sectio sei mit der zweiten Dezeleration um 12:35 Uhr relativ indiziert gewesen, ergibt sich nicht, dass sich nicht schon vorher eine solche Situation ernsthaft abgezeichnet hat, auch wenn noch keine kindliche Gefährdungslage vorgelegen haben mag. Zu denken ist etwa - nach auffälligen CTGs - an die erste Dezeleration um 12:05 Uhr, welche nach den vom Berufungsgericht zitierten Ausführungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen als Warnzeichen erhöhte Aufmerksamkeit erforderte. Grund für das Erfordernis der vorgezogenen Aufklärung ist, dass eine sinnvolle Besprechung der Problematik zu einem Zeitpunkt, zu dem bereits von einer Gefährdungslage für das Kind ausgegangen werden muss, im Hinblick auf eine etwaige Reaktion der Schwangeren auf diese Sachlage nicht mehr ohne weiteres möglich sein kann (vgl. Senatsurteil vom 16. Februar 1993 - VI ZR 300/91, VersR 1993, 703, 704 f.). Nach den Feststellungen des Berufungsgerichts verfiel die Mutter der Klägerin anlässlich der Mitteilung, dass die Herztöne des Kindes abgefallen seien, in einen Zustand, den sie als Panik beschrieb, der also - möglicherweise auch bei einer Sichtweise ex ante - eine Besprechung nicht mehr zuließ.

27

bb) Feststellungen dazu, ob und wann eine vorgezogene Aufklärung hätte erfolgen müssen, sind entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts nicht im Hinblick auf dessen Erwägung entbehrlich, dass auch bei vorgezogener Aufklärung die von der Schwangeren gewünschte Sectio nicht vorzunehmen ist, bevor sie medizinisch indiziert ist. Zwar kommt die von der Schwangeren aufgrund einer vorgezogenen Aufklärung getroffene Entscheidung für eine Sectio regelmäßig erst dann zum Tragen, wenn die Sectio relativ indiziert ist. Die vorgezogene Aufklärung hat aber zur Folge, dass bereits mit Eintritt der relativen Indikation dem Wunsch der Schwangeren entsprechend die Entscheidung für die Sectio feststeht und bei unveränderten Umständen ausschließlich dieser Weg zu verfolgen ist. Damit ist auch im Streitfall eine Haftung wegen Verletzung der Aufklärungspflicht im Hinblick darauf, dass die Sectio im Falle ordnungsgemäßer Aufklärung möglicherweise früher erfolgt wäre, nicht ausgeschlossen: Sollte schon vor 12:35 Uhr eine - vorgezogene - Aufklärung geboten gewesen sein und hätte sich die Mutter der Klägerin, wie von der Klägerin geltend gemacht, dabei für eine Sectio entschieden, so hätte auf der Grundlage der Feststellungen des Berufungsgerichts spätestens um 12:35 Uhr festgestanden, dass eine Sectio zu erfolgen hat. Zudem hätte es dann der Aufklärung über die Notwendigkeit einer Sectio, die nach den Feststellungen des Berufungsgerichts zwischen 12:52 Uhr (also nach der Untersuchung infolge der dritten Dezeleration) und der Ingangsetzung der Informationskette um 13:00 Uhr

und damit bereits innerhalb der EE-Zeit erfolgt ist, nicht mehr bedurft. Wäre - wozu Feststellungen fehlen - die Sectio nach alledem früher durchgeführt und die Klägerin ohne oder mit weniger schweren Gesundheitsschäden geboren worden, wäre der kausale Zusammenhang zwischen der Verletzung der Aufklärungspflicht und dem Gesundheitsschaden gegeben (zur Beweislast für die Kausalität vgl. Senatsurteil vom 7. Februar 2012 - VI ZR 63/11, BGHZ 192, 298 Rn. 10). Haftungsrechtliche Folgen aus der tatsächlich unterlassenen Aufklärung über die Behandlungsalternative der Sectio lassen sich ohne solche Feststellungen nicht mit der Begründung des Berufungsgerichts verneinen, die Beklagte zu 2 habe sich auf die zweite Dezeleration um 12:35 Uhr hin zur Mutter der Klägerin begeben, und mit der dritten Dezeleration um 12:48 Uhr sei die Sectio ohnehin absolut indiziert und nicht mehr nur eine aufklärungsbedürftige Behandlungsalternative gewesen.

28

Spätestens aber mit Eintritt der relativen Indikation der Sectio um 12:35 Uhr hätte die Mutter der Klägerin über die Alternative der Sectio aufgeklärt werden müssen. Auch insoweit fehlen Feststellungen dazu, ob eine Entscheidung der Mutter der Klägerin für eine Sectio zu diesem Zeitpunkt zu einer schadenshindernden oder -mindernden Zeitersparnis geführt hätte, so etwa im Hinblick darauf, dass dann eine Aufklärung nach Eintritt der absoluten Indikation und innerhalb der EE-Zeit nicht mehr erforderlich gewesen wäre.

29

3. Das Unterlassen der Aufklärung über die Möglichkeit der Sectio vor Beginn der EE-Zeit wirkt sich auch auf die rechtliche Beurteilung aus, ob die vom Berufungsgericht festgestellte Überschreitung der für eine eilige Sectio empfohlenen EE-Zeit einen Behandlungsfehler darstellt. Insoweit ist in den Blick zu nehmen, dass mit der erst in der EE-Zeit und noch vor der Ingangsetzung der Informationskette vorgenommenen Aufklärung eine der Sphäre der Beklagten zuzurechnende - möglicherweise schadensursächliche - Verzögerung eingetreten sein kann, die bei der gebotenen früheren Aufklärung hätte vermieden werden können.

30

4. Die Revision wendet sich im Ergebnis ohne Erfolg gegen die Beurteilung des Berufungsgerichts, die Klägerin sei für weitere als Behandlungsfehler zu wertende Verzögerungen in der EE-Zeit beweisfällig geblieben. Dafür, dass und in welchem Umfang in der Überschreitung der empfohlenen EE-Zeit ein Behandlungsfehler der Beklagten liegt, trägt die Klägerin die Beweislast. Entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts kommt ihr die Vermutung eines Organisationsfehlers von vornherein nicht zugute.

31

a) Im Bereich des ärztlichen Handelns trägt grundsätzlich der Patient die Darlegungs- und Beweislast für einen von ihm behaupteten Behandlungsfehler (vgl. Senatsurteile vom 20. März 2007 - VI ZR 158/06, BGHZ 171, 358 Rn. 9; vom 24. Januar 1995 - VI ZR 60/94, NJW 1995, 1618; vom 18. Dezember 1990 - VI ZR 169/90, VersR 1991, 310 mwN). Nur ausnahmsweise kann er dabei Beweiserleichterungen nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen für sich in Anspruch nehmen. So muss die Behandlungsseite dann, wenn sich ein Risiko verwirklicht, das von ihr hätte voll beherrscht werden können und müssen, darlegen und beweisen, dass sie alle erforderlichen organisatorischen und technischen Vorkehrungen ergriffen hatte, um das Risiko zu vermeiden (Senatsbeschluss vom 16. August 2016 - VI ZR 634/15, VersR 2016, 1380 Rn. 6; vgl. nunmehr § 630 h Abs. 1 BGB). Voll beherrschbare Risiken sind dadurch gekennzeichnet, dass sie durch den Klinik- oder Praxisbetrieb gesetzt und durch dessen ordnungsgemäße Gestaltung - wie sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungsgeschehens - objektiv voll ausgeschlossen werden können und müssen. Sie sind abzugrenzen von den

Gefahren, die aus den Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus bzw. den Besonderheiten des Eingriffs in diesen Organismus erwachsen und deshalb der Patientensphäre zuzurechnen sind (Senatsbeschluss vom 16. August 2016 - VI ZR 634/15, VersR 2016, 1380 Rn. 6 mwN; vgl. Senatsurteil vom 20. März 2007 - VI ZR 158/06, BGHZ 171, 358 Rn. 9).

32

Dem voll beherrschbaren Risiko sind beispielsweise der ordnungsgemäße Zustand eines verwendeten Tubus (Senatsurteil vom 24. Juni 1975 - VI ZR 72/74, VersR 1975, 952, 954), die Funktionstüchtigkeit des eingesetzten Narkosegeräts (Senatsurteil vom 11. Oktober 1977 - VI ZR 110/75, VersR 1978, 82, 83), die Reinheit des benutzten Desinfektionsmittels (Senatsurteil vom 9. Mai 1978 - VI ZR 81/77, VersR 1978, 764) oder die Sterilität der verabreichten Infusionsflüssigkeit (Senatsurteil vom 3. November 1981 - VI ZR 119/80, VersR 1982, 161, 162) zuzurechnen. Dasselbe gilt für die unbemerkt gebliebene Entkoppelung eines Infusionssystems (Senatsurteil vom 10. Januar 1984 - VI ZR 158/82, BGHZ 89, 263, 269), das Zurückbleiben eines Tupfers im Operationsgebiet (Senatsurteil vom 27. Januar 1981 - VI ZR 138/79, VersR 1981, 462), die vermeidbare Keimübertragung durch an der Behandlung beteiligte Personen (Senatsurteile vom 20. März 2007 - VI ZR 158/06, BGHZ 171, 358 Rn. 8 f.; vom 8. Januar 1991 - VI ZR 102/90, VersR 1991, 467) und grundsätzlich auch für die richtige Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch (Senatsurteile vom 24. Januar 1995 - VI ZR 60/94, NJW 1995, 1618; vom 24. Januar 1984 - VI ZR 203/82, VersR 1984, 386, 387; Senatsbeschluss vom 26. September 2017 - VI ZR 529/16, VersR 2018, 38 Rn. 10). All diesen Fällen ist gemeinsam, dass objektiv eine Gefahr bestand, deren Quelle jeweils festgestellt und die deshalb mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte (Senatsurteil vom 20. März 2007 - VI ZR 158/06, BGHZ 171, 358 Rn. 11; Senatsbeschluss vom 16. August 2016 - VI ZR 634/15, VersR 2016, 1380 Rn. 6).

33

Ist diese Voraussetzung hingegen nicht erfüllt, bleibt der Patient für das Vorliegen des Behandlungsfehlers beweispflichtig. Erleichterungen erfährt er nur in Bezug auf seine Darlegungslast. So sind an seine Substantiierungspflichten im Arzthaftungsprozess nur maßvolle und verständige Anforderungen zu stellen, da von ihm regelmäßig keine genaue Kenntnis der medizinischen Vorgänge erwartet und gefordert werden kann (vgl. Senatsurteile vom 24. Februar 2015 - VI ZR 106/13, VersR 2015, 712 Rn. 19; vom 8. Juni 2004 - VI ZR 199/03, BGHZ 159, 245, 252; Senatsbeschluss vom 16. August 2016 - VI ZR 634/15, VersR 2016, 1380 Rn. 14). Einschränkungen seiner Darlegungslast können sich ferner insoweit ergeben, als er außerhalb des von ihm vorzutragenden Geschehensablaufs steht und ihm eine nähere Substantiierung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, während der Prozessgegner alle wesentlichen Tatsachen kennt oder unschwer in Erfahrung bringen kann und es ihm zumutbar ist, nähere Angaben zu machen (vgl. Senatsurteile vom 28. Juni 2016 - VI ZR 559/14, NJW 2016, 3244 Rn. 18; vom 1. März 2016 - VI ZR 34/15, VersR 2016, 666 Rn. 47 f.; vom 10. Februar 2013 - VI ZR 343/13, NJW-RR 2015, 1279 Rn. 11; vom 14. Juni 2005 - VI ZR 179/04, BGHZ 163, 209, 214; Senatsbeschluss vom 16. August 2016 - VI ZR 634/15, VersR 2016, 1380 Rn. 14). Trägt der Patient in solchen Fällen konkrete Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler vor, so kann dies genügen, um eine erweiterte - sekundäre - Darlegungslast der Behandlungsseite auszulösen (vgl. Senatsbeschluss vom 16. August 2016 - VI ZR 634/15, VersR 2016, 1380 Rn. 14). Beweiserleichterungen resultieren daraus allerdings nicht.

34

b) Nach diesen Grundsätzen kann die Klägerin aus dem Umstand, dass die empfohlene EE-Zeit für die eilige Sectio von 30 Minuten nach den Feststellungen des Berufungsgerichts um zwölf Minuten überschritten wurde, keine

Beweiserleichterungen für sich herleiten. Sie kann sich lediglich auf eine erweiterte Darlegungslast der Beklagten berufen, der diese allerdings genügt haben.

35

aa) Mit der Darlegung der Überschreitung der empfohlenen EE-Zeit um mindestens zwölf Minuten, die zu einem Geburtsschaden geführt haben soll, hat die Klägerin konkrete Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler der Beklagten vorgetragen. Dies löst die sekundäre Darlegungslast der Beklagten für den Geschehensablauf jedenfalls insoweit aus, als die Mutter der Klägerin außerhalb desselben stand. Dieser Darlegungslast haben die Beklagten insbesondere durch die Vorlage des Operationsberichts und die vom Berufungsgericht festgestellten Angaben der Beklagten zu 2 in ihrer Anhörung genügt. Dies gilt auch für das Verhalten der Mutter der Klägerin während der EE-Zeit. Dabei kann dahinstehen, ob die Mutter der Klägerin im Hinblick auf ihren panikartigen Zustand als außerhalb des Geschehens stehend betrachtet werden kann. Denn jedenfalls genügen die vom Berufungsgericht festgestellten Angaben der Beklagten hierzu (Gegenwehr gegen die Anlage des Dauerkatheters, gegen das Spritzen des wehenhemmenden Medikaments und das Anlegen des OP-Hemdes, mangelnde Kooperation beim Anlegen der Spinalanästhesie, Ablehnung der Sauerstoffzufuhr über die Nasensonde, sehr aufgebrachter Zustand, Verweigerung einer Sedierung) den Anforderungen an die sekundäre Darlegungslast. Eine nähere Darlegung, insbesondere des genauen zeitlichen Umfangs des jeweiligen Verhaltens der Schwangeren und der dadurch möglicherweise ausgelösten Verzögerung, kann den Beklagten nicht abverlangt werden.

36

bb) Nachdem die Beklagten ihrer sekundären Darlegungslast zum Geschehensablauf innerhalb der EE-Zeit genügt haben, trägt die Klägerin die Beweislast dafür, dass und inwieweit in der Überschreitung der EE-Zeit ein Behandlungsfehler der Beklagten liegt.

37

Aus dem Überschreiten der EE-Zeit lässt sich die beweisrechtliche Vermutung eines Organisationsfehlers von vornherein nicht herleiten. Denn das Risiko, das sich hierbei verwirklichen kann, ist von der Behandlungsseite nicht voll beherrschbar. Diese kann eine Zeitüberschreitung und die damit verbundenen Risiken für die Gesundheit des Kindes durch ordnungsgemäße Gestaltung ihres Betriebs - namentlich eine sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungsgeschehens - nicht objektiv voll ausschließen. Die Sectio erfordert einen Eingriff in den Organismus der Schwangeren. Die Zeit, die die Vorbereitung der Sectio und deren Durchführung in Anspruch nehmen, wird durch die Unwägbarkeiten des Organismus der Schwangeren und des zu entbindenden Kindes bestimmt, ferner durch das Verhalten der Schwangeren in diesem Zeitraum. Anders als normalerweise in Fällen des Lagerungsschadens (vgl. hierzu Senatsbeschluss vom 26. September 2017 - VI ZR 529/16, VersR 2018, 38 Rn. 10 mwN) lassen sich die Risikofaktoren, die sich aus der (körperlichen oder psychischen) Verfassung der Schwangeren und des Kindes für die Dauer bis zur Entbindung ergeben, ärztlicherseits nicht voll ausschalten. Daran vermag der Hinweis der Revision, dass mangelnde Kooperationsbereitschaft einer Schwangeren unter der Geburt zum Alltag einer gynäkologischen Klinik gehöre und das Klinikpersonal hierauf angemessen reagieren müsse, nichts zu ändern. Die Gefahren einer Zeitüberschreitung sind daher zumindest auch der Patientensphäre zuzurechnen und damit für die Behandlungsseite nicht voll beherrschbar.

38

Die Unwägbarkeit des Verhaltens der Schwangeren in der EE-Zeit ist lediglich ein Grund dafür, dass von einem vollbeherrschbaren Risiko und einer daraus folgende

Beweislastumkehr nicht ausgegangen werden kann. Entgegen der Ansicht der Revision handelt es sich dabei nicht um den Einwand des Mitverschuldens, so dass es auf die besonderen Voraussetzungen für die Berechtigung eines solchen Einwands im Arzthaftungsrecht nicht ankommt.

39

c) Die Revisionsbegründung greift ohne Erfolg die Feststellung des Berufungsgerichts an, die Klägerin habe den ihr obliegenden Beweis, dass und inwieweit die Überschreitung der EE-Zeit auf einen Behandlungsfehler der Beklagten zurückzuführen sei, nicht geführt. Das Landgericht, auf dessen Urteil das Berufungsgericht insoweit verweist, hat ein individuelles Fehlverhalten der behandelnden Personen im persönlichen Umgang mit der Mutter der Klägerin in diesem Zeitraum nicht feststellen können, wobei es darauf verwiesen hat, dass es nach Ablauf von nunmehr elf Jahren nicht mehr möglich sei, die jeweiligen Verhaltensweisen der Beteiligten und deren Auswirkungen auf den Ablauf der Entbindung zu rekonstruieren. Dem kann die Revision nicht mit Erfolg ihre Meinung dazu entgegenhalten, was eine angemessene Reaktion auf das Verhalten der Mutter der Klägerin gewesen wäre und dass eine solche mangels Dokumentation ausgeblieben sei.

III.

40

Im Hinblick auf die unterlassene Aufklärung über Behandlungsalternativen und deren Folgen ist das Berufungsurteil aufzuheben und die Sache zu neuer Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen (§ 562 Abs. 1, § 563 Abs. 1 Satz 1 ZPO).