



# ANWALT GRAF

MICHAEL GRAF PATIENTENANWÄLTE | HEINRICH-VON-STEPHAN-STR. 20 | 79100 FREIBURG

IKK Muster  
Muster Straße 4

66111 Muster

## MICHAEL GRAF PATIENTENANWÄLTE

MICHAEL GRAF  
Fachanwalt für Medizin-/ Versicherungsrecht

GABRIELA JOHANNES  
Rechtsanwältin, Patientenwältin

KATHRIN SCHMIDT-TROJE  
Rechtsanwältin, Patientenwältin

MAUDE LAFORGE  
Rechtsanwältin, Patientenwältin

HEINRICH-VON-STEPHAN-STR. 20  
79100 FREIBURG (KANZLEISITZ)

LUDWIG-ERHARD-ALLEE 10  
76131 KARLSRUHE (BERATUNGSBÜRO)

SCHUTTERWÄLDERSTR. 4  
77656 OFFENBURG (BERATUNGSBÜRO)

TELEFON  
+49 (0) 761 - 897 88 610

TELEFAX  
+49 (0) 761 - 897 88 619

EMAIL  
patienten@anwaltgraf.de

HOMEPAGE  
www.anwaltgraf.de

DATUM  
06.03.2020

ZEICHEN  
MLI-T0-441-18/GJ

## MDK-Antrag nach § 66 SGB V

- 1.) Mandant, L.
- 2.) Mandant, Q.
- 3.) Mandant, K.

./.

- 1.) Klinikum Mittelmuster
- 2.) Dr. Justin-George Mustermann  
wegen Arzthaftung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit zeigen wir die anwaltliche Vertretung der o.g. Mandantschaft an; Vollmacht und Schweigepflichtentbindungserklärung liegen in Anlage bei. Mit Letzterer entbindet unsere Mandantschaft auch Sie als Krankenkasse von Ihrer Schweigepflicht.

### A. Gutachtenauftrag

Wir beantragen die Durchführung eines MDK-Gutachtenverfahrens zwecks Prüfung auf Behandlungsfehler durch einen Facharzt bzw. Spezialisten des entsprechenden Fachgebiets in dem die monierten Behandlungsfehler verübt worden sind. Unsere Mandantschaft hat vorliegend Anspruch auf Schadensersatz aus einer fehlerhaften ärztlichen Behandlung im Zeitraum 11.07.2018 bis 19.07.2018 im Rahmen einer Geburt im Klinikum Mittelmuster, Muster Straße 50, 7000 Muster.

### I. Sachverhalt

Frau Q. Mandant ist die Mutter des am 18.07.2018 im Klinikum Mittelmuster entbundenen Kindes L.. Herr K. Mandant ist der Vater von L..

UST-ID:  
DE240475748

<b>GESCHÄFTSKONTO</b>	<b>KONTO</b>	<b>BLZ</b>	<b>IBAN</b>	<b>SWIFT (BIC)</b>
Deutsche Bank	2 035 020	700 700 24	DE12 7007 0024 0203 5020 00	DEUTDEDBMUC

<b>ANDERKONTO</b>	<b>KONTO</b>	<b>BLZ</b>	<b>IBAN</b>	<b>SWIFT (BIC)</b>
Deutsche Bank	0 136 341	700 700 24	DE93 7007 0024 0013 6341 00	DEUTDEDBMUC



QUALITÄT DURCH  
FORTBILDUNG  
Fortbildungszertifikat der  
Bundesrechtsanwaltskammer

Der zunächst errechnete Entbindungstermin war der 21.07.2018. Dieser wurde im weiteren Verlauf (ca. vier Monate später) von der behandelnden Gynäkologin Frau Dr. W. auf den 10.07.2018 korrigiert.

Im Klinikum Mittelmuster wurde den Eltern von L. jedoch mitgeteilt, dass der „richtige“ Geburtstermin der 17.07.2018 sei. Es könne aber ein bereits einmal korrigierter Termin aus versicherungstechnischen Gründen nicht nochmals geändert werden. Vielmehr könne der Entbindungstermin - wenn überhaupt - nur einmal geändert werden. Daher müsse man sich nun - so die Behandler im Klinikum Mittelmuster - an den im Mutterpass dokumentierten „falschen“ Entbindungstermin (10.07.2018) halten.

Der die Patientin im Klinikum Mittelmuster behandelnde Gynäkologe, Herr Dr. med. Markus K. (Oberarzt in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe), riet der Patientin, sich am 11.07.2018 zur Einleitung der Entbindung im vorbezeichneten Klinikum vorzustellen.

Sodann stellte sich die Patientin auf ärztlichen Rat von Herrn Dr. K. am 11.07.2018 im Klinikum Mittelmuster zur Geburtseinleitung vor. Anhand der Ultraschallaufnahmen wurde das Gewicht des Kindes auf ca. 3900g geschätzt. Die untersuchende Ärztin im Klinikum Mittelmuster war jedoch der Auffassung, dass L. noch „viel zu weit oben“ sei und die Geburt noch dauern würde. Eine Geburtseinleitung sei jetzt viel zu früh („Machen Sie keine Einleitung!“). Die Eltern sind diesem ärztlichen Rat gefolgt und haben sich daher gegen eine Geburtseinleitung zum jetzigen Zeitpunkt entschieden. Daraufhin betrat Herr Dr. K. das Untersuchungszimmer und wunderte sich darüber, weshalb die Geburt nun doch nicht eingeleitet werde. Die Ärztin erklärte Herrn Dr. K., dass aus ihrer Sicht etwas mit der Beinlänge oder der Beinlage des Kindes nicht stimme und das Kind wohl noch nicht so weit sei.

Am 12.07.2018 wurde die Patientin im Klinikum Mittelmuster stationär aufgenommen. Bereits am Morgen des 12.07.2018 wurde mit der Einleitung der Geburt begonnen. Jedoch konnte die Geburtseinleitung am Mittag des 12.07.2018 nicht fortgesetzt werden konnte, da angeblich im Kreissaal angeblich „zu viel los“ gewesen sei.

Sodann wurde erst am nächsten Tag (13.07.2018) die Einleitung fortgesetzt.

Am 14.07.2018 bekam die Patientin erstmals das für die Geburtshilfe nicht zugelassene Medikament „Cytotec“ verabreicht. Eine vorherige ordnungsgemäße Aufklärung hat insoweit jedoch nicht stattgefunden.

Da die Geburtseinleitung erfolglos blieb, entschied man sich, mit der Geburtseinleitung zwei Tage zu pausieren.

Am 17.07.2018 wurde die Einleitung der Geburt fortgesetzt. Dem mehrfach geäußerten Wunsch der Eltern, in Anbetracht des enormen Gewichts sowie der Größe von L. eine nochmalige Ultraschall-Untersuchung durchzuführen, kamen die Behandler im Klinikum Mittelmuster nicht nach, da diese angeblich unnötig sei.

Am 17.07.2018 um ca. 17.40 Uhr ist die Fruchtblase der Patientin geplatzt, woraufhin die Mandantin in den Kreißsaal verbracht und an ein CTG angeschlossen wurde. Da aber die Wehen der Patienten noch nicht stark genug vorhanden waren und auch der Kopf des Kindes noch nicht zu sehen war, sollte die Patientin wieder zurück auf ihr Krankenzimmer.

Am 17.07.2018 gegen 22.00 Uhr war der Muttermund der Patientin ca. 8-9 cm geöffnet. Im CTG zeigten sich zunächst unregelmäßige Herztöne. Im weiteren Verlauf wurden die Herztöne des Kindes zunehmend schwächer bis letztlich kaum mehr Herztöne feststellbar waren.

Erst nachdem kaum mehr Herztöne feststellbar waren und das CTG bereits hochpathologisch war, verständigte die Hebamme Johanna Zeitvogel einen Arzt.

Der hinzugerufene Assistenzarzt, Herr Dr. Justin-George Mustermann, welcher nur gebrochen deutsch sprach, stellte anhand einer durchgeführten Ultraschalluntersuchung fest, dass die Nabelschnur um den Hals des Kindes gewickelt war. Daraufhin wurde L. vom Kopf Blut entnommen, um den pH-Wert zu ermitteln. Laut dem Assistenzarzt Dr. Mustermann war der pH-Wert bereits grenzwertig sauer. Gleichwohl wartete der Behandler zunächst noch ab und führte etwa 30 Minuten später eine erneute Blutuntersuchung durch. Der Assistenzarzt Dr. Mustermann erklärte der Patientin und deren Ehemann, dass ihr Kind mittels einer Sectio entbunden werden müsse, sollte sich der pH-Wert noch weiter verschlechtern, wobei er bzgl. des pH-Wertes zunächst noch in seinem Buch nachschauen müsse, da er gerade auch nicht sicher sei, wie das mit den Werten genau war (!). Da aber die erneute pH-Wertbestimmung keine weitere Verschlechterung ergab, entschied der Assistenzarzt Dr. Mustermann, dass die Entbindung nicht per Kaiserschnitt erfolgen werde und wies die Patientin an, sich „hin und her“ zu bewegen, damit sich die Nabelschnur, welche um den Hals des Kindes gewickelt war (!) und dazu führte, dass die Herztöne des Kindes kaum noch feststellbar waren (!), etwas lockert.

Die grob fehlerhafte Geburtsbetreuung erfolgte trotz der bei der Patientin eingetretenen Komplikationen nur durch eine Hebamme und einen Assistenzarzt.

Da die Patientin an massiven Schmerzen litt, entschied sie sich für eine Periduralanästhesie, wobei die zuständige Ärztin zum Anlegen der PDA mehrere Versuche benötigte, bis sie endlich die richtige Einstichstelle traf.

Nach etwa zwei Stunden wurde der Assistenzarzt Dr. Mustermann ersichtlich unruhig und verließ immer wieder das Krankenzimmer der Patientin, um sich laut eigener Aussage Fachwissen anzulesen.

Da der Kopf des Kindes noch immer nicht zu sehen war, öffnete die Hebamme Johanna das letzte Stück des Muttermundes mit der Hand, damit sich der Kopf des Kindes weiter nach unten verlagert.

Nun sollte die Patientin zu den Wehen weiter kräftig pressen. Jedoch hat sich auch im weiteren Verlauf das Kind kaum nach unten bewegt. Daher entschied der Assistenzarzt Dr. Mustermann, das Kind mittels einer Saugglocke auf natürlichem Weg zu entbinden. Da die Klinik keine große Saugglocke vorrätig hatte, versuchte er mit einer Hand das Kind mittels einer (zu) kleinen Saugglocke gewaltsam herauszuziehen, während er mit der anderen Hand das Telefon in der Hand hielt, um Herrn Dr. K. zu verständigen. Sodann legte er das Telefon auf die Liege und versuchte erneut, L. unter Anwendung von Gewalt mit einer (zu) kleinen Saugglocke herauszuziehen. Zweimal setzte der Assistenzarzt Dr. Mustermann die (zu) kleine Saugglocke an, zweimal rutschte ihm diese ab. Wieder nahm er das Telefon in die Hand und versuchte Herrn Dr. K. zu verständigen. Sodann setzte er die (zu) kleine Saugglocke ein drittes Mal an und begann mit aller Kraft gewaltsam den Kopf des Kindes herauszuziehen, so dass nun der Kopf von L. bereits sichtbar war. Die Hebamme Johanna und der Assistenzarzt Dr. Mustermann versuchten L. weiter nach unten zu bewegen, indem sie ihn mit den Händen drehten und ihn herauszuziehen versuchten.

Letztlich führten die vergeblichen Versuche, L. gewaltsam mittels einer (zu) kleinen Saugglocke sowie durch Drehen und Ziehen mit den Händen herauszuziehen lediglich dazu, dass sich die Nabelschnur um den Hals von L. immer fester zuzog, so dass er regelrecht erwürgt wurde.

Sodann wurde der Oberarzt Herr Dr. K., eine weitere Hebamme, Aurelia Baratta, sowie eine Kinderärztin verständigt. Bis zu deren Eintreffen vergingen etwa zehn Minuten. Anstatt eine sofortige Notsectio anzuordnen, versuchte nun auch Herr Dr. K. mit seinen Händen das Kind aus dem Mutterleib der Patientin herauszuziehen. Im Krankenzimmer brach zwischen den Behandlern und Hebammen Panik aus. Herr Dr. K. und die Hebamme Aurelia schubsten sich gegenseitig zur Seite, beide wollten L. herausziehen. Der Kopf des Kindes samt der um den Hals gewickelten Nabelschnur war nun bereits deutlich sichtbar. Im Wechsel wurde nun mit den Händen in die Patientin hineingefasst und vergeblich versucht, L. herauszuziehen

und ihn zeitgleich von oben nach unten zu schieben, indem mittels des „Kristeller-Handgriffs“ massiver Druck auf den Bauch der Patientin ausgeübt wurde. Auch die Anwendung des McRoberts-Manövers blieb ohne Erfolg.

Als der Oberarzt Dr. K. abermals versuchte, L. gewaltsam aus dem Mutterleib der Patientin herauszuziehen, rief dieser lautstark: „Ich habe seinen Rücken verdammt!“ Sodann wurde auf Veranlassung von Herrn Dr. K. am 18.07.2018 um ca. 4.22 Uhr das Auslösen des Not-Alarmes sowie (völlig verspätet) die Durchführung einer Notsectio angeordnet. Als die Sirenen zu ertönen begannen, wurde die Patientin zur Durchführung der Notsectio am 18.07.2018 um ca. 4.25 Uhr vom 4. OG in den OP-Saal im Keller des Klinikums Mittelmuster gefahren. Zwar befindet sich auch im 4. OG ein OP-Saal. Aufgrund von Personalmangel stehe dieser jedoch angeblich nur tagsüber zur Verfügung. Im Aufzug fragte die Patientin die Behandler, was mit ihrem Kind sei bzw. ob es noch lebe. Daraufhin antworteten diese lediglich, dass sie weiterhin pressen solle. Auf dem Weg in den OP-Saal gerieten die Behandler derart in Panik, dass die Liege der Mandantin mehrfach gegen Türen, den Aufzug und die Wände in den Gängen gerammt wurde. Im OP-Saal fiel den Behandlern aufgrund der enormen Panik (der Kopf von L. mit der um den Hals gewickelten Nabelschnur (!) waren bereits deutlich sichtbar) mehrfach das OP-Besteck aus den Händen. Bevor die Behandler am 18.07.2018 um ca. 4.30 Uhr zum Notkaiserschnitt ansetzten, wurde der Patientin hektisch eine Flasche kaltes Desinfektionsmittel über den Bauchbereich gekippt, während ihr zeitgleich der Anästhesist eine Atemmaske auf Nase und Mund drückte, so dass die Patientin das Gefühl hatte, jeden Augenblick zu ersticken.

Im Rahmen der Notsectio erfolgte ein ca. 13 cm langer Schnitt. Über die Öffnung drückte der Assistenzarzt Dr. Mustermann gegen die Gebärmutter, so dass L. über die Öffnung nach unten geschoben und vaginal entbunden wurde.

L. war bei der Geburt am 18.07.2018 ca. 60 cm groß, wog ca. 4400g und hatte einen Kopfumfang von ca. 35 cm. Postnatal war bei L. kein Herzschlag feststellbar. Es kam bereits vor der Entbindung zu einem Herzstillstand. L. musste reanimiert und auf der Intensivstation behandelt werden. Dort wurde er u.a. einer 72-stündigen Kühltherapie unterzogen. Zu dem Zeitpunkt stand bereits fest, dass L. aufgrund des erlittenen Sauerstoffmangels an erheblichen irreversiblen Gesundheitsbeeinträchtigungen leiden wird.

Erst im weiteren Verlauf teilten die Behandler den Eltern mit, dass es bei L. während des Geburtsvorgangs zu einer Schulterdystokie gekommen war, so dass nach der Geburt des Kopfes die Schulter von L. im Becken der Mutter stecken blieb.

Die Patientin erlitt aufgrund der fehlerhaften Geburtsbetreuung im Klinikum Mittelmuster einen Dammriss Grad II sowie einen Scheidenriss. Gerade im Falle einer Schulterdystokie hätte zwingend ein Dammschnitt vorgenommen werden müssen. So erklärte auch der Chefarzt des Klinikums Mittelmuster B., Klinik Für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Herr Prof. Dr. Dr. Winfried G. Ö., den Eltern von L. im Nachgang, dass er bei der Patientin ins jedem Fall einen Dammschnitt vorgenommen hätte, er aber leider nicht zugegen gewesen sei. Weiterhin betonte der Chefarzt Herr Prof. Dr. Dr. Ö., dass er hoffe, dass man sich trotz der unglücklichen Geschehnisse in Gutem trennen werde.

Auch der Assistenzarzt Dr. Mustermann entschuldigte sich bei dem Bruder des Vaters von L. und erklärte diesem gegenüber, dass wenn er die Zeit zurückdrehen könnte, er sofort einen Kaiserschnitt angeordnet hätte.

Im Arztbericht des Klinikums Mittelmuster B. vom 13.08.2018 (vgl. Anlage) heißt es:

**„Anamnese**

Hier wurde extrauterin Druck auf die Schulter ausgeübt und das Kind vaginal per VE entbunden. L. kam mit schlaffem Muskeltonus und grau-weißem Hautkolorit auf die Reanimationseinheit. Keine Herzfrequenz auskultierbar, sofortige Verabreichung von 5 Blähhüben. (...)

**Neurologie:**

Am ersten Lebensweg zeigte das aEEG ein Flattrace und im Verlauf vermehrt krampfartige Aktivität, sodass ab dem ersten Lebensweg eine Dauertherapie mit Levetiracetam erfolgte. Durch diese Therapie anfangs Stabilisierung, jedoch traten bereits am 2. Lebenstag vermehrte Krampfäquivalente auf, so dass zunächst Einzeldosen Phenobarbital verabreicht wurden, im weiteren Verlauf Dauertherapie mit Phenobarbital. Darunter zunächst Stabilisierung, jedoch war am 20.07.2018 morgens bei krampfartiger Aktivität noch eine Einzelgabe Midazolam notwendig. (...)

**Diurese und Elektrolyte:**

Bei schwerer Azidose erfolgte am ersten Lebensweg eine Infusion von Nabil (...).

Bei unzureichender Diurese wurde eine Therapie mit Lasix begonnen, welche auf die Maximaldosis erhöht werden musste sowie mit Aldactone (...).

Bei Analgosedierung erhielt er einen Blasenkatheter, welcher am 8. Lebensweg entfernt werden konnte.

Im Verlauf zeigte sich eine Erythrozyturie, welche wir im Rahmen einer ischämischen Nephronschädigung postpartal erachten. (...)

**Infektion:**

(...)

In den Routine-Abstrichuntersuchungen fiel eine ubiquitäre Besiedlung mit einem 3MRGN E.coli auf. Daraufhin führten wir entsprechende Isolationsmaßnahmen durch.

**Hämatologie und Leber:**

Während der Hypothermie-Behandlung schwere Gerinnungsstörung mit Anämie , Thrombozytopenie und DIC. Mehrere Transfusionen waren notwendig: 2-malig EK-Transfusion, einmalige AT3-Gabe, einmalige TK-Transfusion sowie 10-malig FFP-Transfusion bei sei Niedrigen Quick-Werten. In der ersten Lebenswoche sahen wir zu dieser Klinik laborchemisch passende Werte des Leberversagens. (...) Wir sahen das Versagen der Leber am ehesten ischämiebedingt.

Ernährung:

Initial erfolgte die teilparenterale Ernährung sowie die Sondierung der Nahrung. (...)"

Im Geburtenprotokoll des Klinikums Mittelmuster B. vom 18.07.2018 (vgl. Anlage) ist u.a. dokumentiert:

Geburtsrisiko:

Überschreitung des Termins, pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne, protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode, Schulterdystokie"

Im Arztbericht des Klinikums Mittelmuster B. vom 27.07.2018 (vgl. Anlage) wird u.a. ausgeführt:

„Schwere Asphyxie unter der Geburt“

Im vorläufigen Entlassbrief des Klinikums Mittelmuster B. vom 13.08.2018 (vgl. Anlage) werden folgende schwerwiegenden Diagnosen festgestellt:

„Diagnosen: Reifgeborenes der 41+  
Makrosomie  
Postnatale Reanimation nach Notsectio  
Hypothermiebehandlung bei HIE Grad III  
Neugeborenen-Krampfanfälle  
Multiorganversagen mit Leberversagen  
Nierenversagen  
Herzinsuffizienz  
respiratorisches Versagen  
Anämie  
Thrombozytopenie  
DIC  
fehlender Schluck- und Würgreflex  
Erythrozyturie  
Plexusparese links  
Fettgewebsnekrose links  
Schulterdystokie  
Hyponatriämie  
Hypokaliämie  
Hypocalciämie  
Sepsis KNS nach Neokiss-Kriterien  
Trinkschwäche

Hyperglykämie  
Hypoglykämie  
metabolische Azidose  
Atelektase rechts  
Atelektase links  
Apnoe-Bradykardie-Syndrom

(...)"

All diese Gesundheitsbeeinträchtigungen sind auf die grob fehlerhafte geburts-  
hilfliche Betreuung der Patientin im Klinikum Mittelmuster im Zeitraum 11.07.2018  
bis 19.07.2018 zurückzuführen.

Behandlungsfehlerbedingt ist L. irreversibel massiv geschädigt.

Im Arztbericht des Klinikum Mittelmuster vom 30.08.2018 (vgl. Anlage) werden die  
Diagnosen

„zentrale Tonus- und Koordinationsstörung  
Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht bei der Nahrungsaufnahme“

gestellt.

Das MDK-Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vom  
08.11.2018 (vgl. Anlage) bestätigt bei L. einen Pflegegrad 4. Mithin ist L. behand-  
lungsfehlerbedingt ein schwerer Pflegefall.

Ferner heißt es im vorläufigen Arztbrief des Universitätsklinikums Tübingen vom  
03.12.2018 (vgl. Anlage):

„Zusammengefasst war L. im Klinikum Mittelmuster als makrosomes Reifge-  
borenes im Rahmen einer sekundären Notsectio bei Geburtsstillstand auf-  
grund einer Schulterdystokie entbunden worden. Dabei musste er trotz Sec-  
tio mittels Vakuumentraktion vaginal entwickelt werden. Postnatal dann ini-  
tial fehlende Lebenszeichen und kardiopulmonale Reanimation für ca. 10  
Minuten. Im Anschluss erfolgte dann eine Hypothermiebehandlung bei hy-  
poxisch-ischämischer Enzephalopathie, im weiteren Verlauf kam es zu einem  
Multiorganversagen sowie einer disseminierten intravasalen Gerinnung. In  
den Schädelsonographien war ein echoreiches Thalamusgebiet aufgefallen,  
jedoch kein Nachweis von fokalen Hirnblutungen. In den Blutentnahmen  
hatten sich außerdem erhöhte neuronale Zerfallparameter gefunden (NSE  
und S100). Bei epilepsieverdächtigen Potentialen im EEG sowie verdächti-  
gen Muskelzuckungen war vorübergehend eine Therapie mit Phenobarbital  
eingeleitet worden. Im Verlauf war nach Extubation am 9. Lebenstag eine  
Trinkschwäche bei aufgehobenem Schluck- und Würgereflex aufgefallen. Die  
Entlassung von L. erfolgte daher mit Magensonde. (...)"



Aufgrund der traumatischen Geburt bzw. der grob fehlerhaften geburtshilflichen Betreuung leidet die Mutter von L. bis heute insbesondere an folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen:

- posttraumatische Belastungsstörung
- massive Schmerzen im Bereich des Rückens und Steißbeins

Auch der Vater von L. leidet aufgrund der traumatischen Geburt bzw. der grob fehlerhaften geburtshilflichen Betreuung bis heute an einer posttraumatischen Belastungsstörung (psychischer Schockschaden).

## II. Rechtliche Würdigung

Aufgrund der vorliegenden Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler bzw. nicht ordnungsgemäß durchgeführten Aufklärung haftet die Behandlerseite hier gemäß §§ 280 Abs. 1, 278 BGB iVm dem Behandlungsvertrag sowie deliktisch aus §§ 823 Abs. 1 und 2 BGB (iVm §§ 31, 89 BGB analog) bzw. aus § 831 BGB.

Die Behandlung war behandlungsfehlerhaft, da diese weder dem Facharztstandard noch dem „Goldenen Standard“ entsprach, vgl.

OLG Hamm, Urteil v. 25.02.2014, Az. 26 U 157/12, GesR 2014, 413;  
zum Chefarztstandard, vgl. BGH, Urteil v. 16.10.2014, Az. III ZR 85/14, GesR 2014, 720.

Zudem wurde die Patientin hinsichtlich

- des für die Geburtshilfe nicht zugelassenen Medikaments „Cytotec“ (Off-Label-Use (!)),
- der Alternative einer Sectio sowie hinsichtlich
- einer vaginal operativen Entbindung mittels Verwendung einer Saugglocke

nicht bzw. nicht ordnungsgemäß aufgeklärt.

Die zuständigen Aufklärungs- und Behandlungsärzte haften aus Delikt gemäß § 823 Abs. 1 und 2 BGB.

### 1. Aufklärungsfehler in Form der fehlerhaften Selbstbestimmungsaufklärung

a.

Aufgrund der vorliegenden Aufklärungsfehler bzw. nicht ordnungsgemäß durchgeführten Aufklärung haften die Behandler gemäß §§ 280 Abs. 1, 278 BGB iVm dem Behandlungsvertrag sowie deliktisch aus §§ 823 Abs. 1 und 2 BGB (iVm §§ 31, 89 BGB analog) bzw. aus § 831 BGB.

Nach dem Willen des Gesetzgeber (vgl. § 630h Abs. 1 Satz 1 BGB) und der gefestigten Rechtsprechung erfüllt auch der gebotene, fachgerecht ausgeführte ärztliche Heileingriff diagnostischer, wie auch therapeutischer Art, den Tatbestand der Körperverletzung i.S.d. § 823 Abs. 1 BGB, §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 StGB.

Das Fehlen der Einwilligung des Patienten bzw. deren Unwirksamkeit stellt daher eine Verletzung des Behandlungsvertrages bzw. eine deliktische Verletzung der körperlichen Unversehrtheit dar und begründet stets eine Haftung,

vgl. Martis-Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 4. Auflage, Rn. A 508.

b.

Vorliegend wurde die Behandlungsaufklärung von den behandelnden Ärzten im Klinikum Mittelmuster Baden-Baden nicht ordnungsgemäß durchgeführt. Im Rahmen der Behandlungsaufklärung ist der Patient gemäß § 630e Abs. 1 BGB zunächst über den ins Auge gefassten Eingriff aufzuklären. Dies beinhaltet nach dem Wortlaut des § 630e Abs. 1 BGB die Erläuterung der Art der konkreten Behandlung (konservative Methode, Operation, u.a.), die Erläuterung der Tragweite und Risiken des Eingriffs (wie z.B. Dauerschmerzen oder Belastungen für die künftige Lebensführung), der Hinweis auf vorhersehbare Operationserweiterungen und auf typischer Weise erforderliche Nachoperationen, etc.

vgl. Martis-Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 4. Auflage, Rn. A 550.

Weiterer Bestandteil der Behandlungsaufklärung ist gemäß § 630e Abs. 1 Satz 3 BGB auch die Aufklärung über Behandlungsalternativen, wenn im konkreten Fall eine echte Alternative (bspw. konservative Therapie und dergleichen) mit gleichwertigen Chancen, aber andersartigen Risiken besteht.

Die Einwilligung eines Patienten ist -wie vorliegend- unwirksam, wenn der aufklärende Arzt das mit der Vornahme oder Unterlassung des Eingriffs bestehende Risiko verharmlost hat. Insbesondere bei hohem Misserfolgsrisiko und Verschlimmerung der Beschwerden, sowie bei nur relativer Indikation, müssen Verschlechterungsmöglichkeiten (und etwaige mögliche Folgeeingriffe) besonders deutlich angesprochen werden. Dies gilt selbst dann, wenn der Eingriff noch nie misslungen ist, da der Patient auch über generelle Risiken aufgeklärt werden muss,

vgl. OLG Koblenz, Urteil vom 02.09.2004, Az. 5 U 844/03.

c. Fehlerhafte Aufklärung hinsichtlich des für die Geburtshilfe nicht zugelassenen Medikaments „Cytotec“

Es wurde die Patientin hinsichtlich des Medikaments „Cytotec“ nicht ordnungsgemäß iSv § 630e BGB aufgeklärt.

Da es sich vorliegend um einen Off-Label-Use handelt, wäre die Aufklärung - selbst wenn es sich sogar um einen i.S. des Facharzt-Standards etablierten Off-Label-Use gehandelt haben soll - umso eindringlicher durchzuführen gewesen. An diese Aufklärung werden in der Literatur und Rechtsprechung erhöhte Anforderungen gestellt. So hat der jeweilige Arzt auf die fehlende arzneimittelrechtliche Zulassung und die damit verbundenen Konsequenzen, das Unbekanntsein von potentiellen Nebenwirkungen sowie die Erhöhung des Gesundheitsrisikos eindringlich hinzuweisen (vgl. Walter, Off-Label-Use: Die Haftung des verordnenden Arztes, NZS 2011, 361).

Vorliegend wurde die Patientin von den Behandlern über all diese Umstände nicht aufgeklärt. Sie wurde insbesondere nicht über die Art und Schwere des Eingriffs sowie nicht über Behandlungsalternativen, über Risiken, Erfolgs-/Misserfolgsquoten und Chancen aufgeklärt.

Die (hier nicht ausreichend erfolgte) Risikoaufklärung muss dem Patienten einen genauen Überblick über die mit dem Eingriff verbundenen Gefahren verschaffen. Damit sind vor allem dauerhafte oder vorübergehende nachteilige Folgen eines Eingriffs gemeint, die sich auch bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt nicht mit Gewissheit ausschließen lassen. Zudem ist der Patient mit Art und Schwere des Eingriffes vertraut zu machen,

vgl. Martis-Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 4. Auflage, Rn. A 554 f.

Das Medikament „Cytotec“ als Weheneinleitungsmittel wurde gegenüber der Patientin als das mit Abstand beste Mittel zur Geburtseinleitung angepriesen. Ihr wurde während eines ca. 30 sekundigen „Aufklärungsgesprächs“ am 14.07.2018 zwar mitgeteilt, dass das gegenständliche Medikament nicht zugelassen sei, dies sei jedoch nur aufgrund von Formalien der Fall, es sei jedenfalls das „beste und risikoärmste Mittel zur Geburtseinleitung“. Zudem habe „Cytotec“ - so die Behandler im Klinikum Mittelmuster - angeblich keinerlei Nebenwirkungen. Die Patientin, die zum Zeitpunkt des ca. 30 sekundigen „Aufklärungsgesprächs“ am 14.07.2018 bereits unter massiven Wehenschmerzen litt und „schmerzvernebelt“ gewesen war, unterschrieb daraufhin schnell das ihr vorgelegte Formular (obwohl sie zu diesem Zeitpunkt schon nicht mehr vollständig einwilligungsfähig gewesen ist, sie befand sich zu diesem Zeitpunkt bereits in den Wehen und war damit überhaupt nicht mehr in der Lage, den genauen Inhalt des Formulars zu erfassen).

Es entspricht bereits die formularmäßige Patientenaufklärung des Klinikums Mittelmuster vom 14.07.2018 hinsichtlich der Geburtseinleitung mit „Cytotec“ inhaltlich nicht den geltenden erhöhten Aufklärungsanforderungen (zudem reicht eine bloß schriftliche Formularaufklärung ohnehin nicht aus, um eine fehlende bzw. verharmlosende mündliche Aufklärung zu „heilen“), zumal in dem Aufklärungsformular vom 14.07.2018 (vgl. Anlage) keinerlei Risiken aufgeführt werden.

Es erfolgte insbesondere keine Aufklärung über die Risiken einer Geburtseinleitung mit „Cytotec“, wie etwa Uterusruptur, uterine Überstimulation, Fruchtwasserembolien mit hohen Mütter- und Babysterblichkeitsraten, ernsthafte genitale Blutung, Schock, Totgeburt, Sauerstoffmangel des Kindes, Entstehung von Wehenstürmen, massiv schmerzhaftes Wehen, vgl. bspw. [http://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Formulardaten/38\\_Misoprostol\\_Geburtseinleitung\\_2011.pdf](http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Formulardaten/38_Misoprostol_Geburtseinleitung_2011.pdf).

Über all diese Risiken hätte die Patientin indes zwingend aufgeklärt werden müssen.

Ferner hätte die Patientin über die anderen gleichwertigen und zugelassenen (!) Optionen (Behandlungsalternativen) wie Oxytocin, Dinopreston (Prostaglandin E2) oder die Möglichkeit der Anwendung eines Ballonkatheters aufgeklärt werden müssen.

Stattdessen haben sich die Behandler im Klinikum Mittelmuster für einen (preiswerten!) Off-Label-Use mittels oraler Gabe von „Misoprestol“ entschieden.

Mithin war insoweit die Aufklärung der Patientin vorliegend verharmlosend und ungenügend. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs, wenn man das nur wenige Sekunden andauernde Gespräch überhaupt als solches bezeichnen kann, wurde weder über etwaige Behandlungsalternativen aufgeklärt noch über die Erfolgsaussichten bzw. Risiken des Medikaments gesprochen. Die Patientin wusste lediglich, dass hierdurch die Wehen eingeleitet werden würden und „schon alles gut werden würde.“.

Hätte man die Patientin im Klinikum Mittelmuster korrekt und schonungslos aufgeklärt, so hätte sie sich jedenfalls in einem ernststen Entscheidungskonflikt befunden. Sie hätte sich zunächst eine zweite ärztliche Meinung, insbesondere zu den jeweiligen Behandlungsalternativen, eingeholt.

#### d. Fehlerhafte Aufklärung hinsichtlich der Alternative einer Sectio

Weiterhin wurde die Patientin - trotz des enormen Gewichts sowie der Größe von L. - vorliegend in keinster Weise darüber aufgeklärt, dass bei einer vaginalen Geburt möglicherweise für ihr Kind ernstzunehmende Gefahren drohen und vorliegend zum Wohl des Kindes gewichtige Gründe für eine Schnittentbindung sprechen.

Wir verweisen insoweit auf folgende Entscheidung des BGH vom 25.10.2014, IV ZR 125/13, juris:

„Erhöhte Aufklärungspflichten bestehen, „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 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. Senatsurteile vom 6. Dezember 1988 - VI ZR 132/88, BGHZ 106, 153, 157; vom 19. Januar 1993 - VI ZR 60/92, VersR 1993, 835, 836; vom 16. Februar 1993 - VI ZR 300/91, VersR 1993, 703, 704; vom 25. November 2003 - VI ZR 8/03, VersR 2004, 645, 647; vom 14. September 2004 - VI ZR 186/03, VersR 2005, 227; vgl. zur Einwilligung allgemein: Senatsurteil vom 14. Februar 1989 - VI ZR 65/88, BGHZ 106, 391, 397 f.).

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, 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 (vgl. Senatsurteile vom 16. Februar 1993 - VI ZR 300/91, VersR 1993, 703, 704 f. = NJW 1993, 2372, 2373 f. mit Anmerkung Laufs/Hiersche; vom 17. Mai 2011 - VI ZR 69/10, VersR 2011, 1146 Rn. 11 = MedR 2012, 252 mit Anmerkung Schmidt-Recla).

Denn nur dann wird das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, die die natürliche Sachwalterin der Belange auch des Kindes ist (vgl. Senatsurteil vom 17. Mai 2011 - VI ZR 69/10, VersR 2011, 1146 Rn. 10), 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 der Frau, selbst

darüber bestimmen zu dürfen, muss möglichst umfassend gewährleistet werden (vgl. Senatsurteile vom 16. Februar 1993 - VI ZR 300/91, VersR 1993, 703, 704; vom 17. Mai 2011 - VI ZR 69/10, VersR 2011, 1146 Rn. 11).

Besteht die ernsthafte Möglichkeit, dass die Schnittentbindung im weiteren Verlauf als relativ indiziert anzusehen sein wird, und klärt der Arzt die Schwangere in Hinblick darauf über die verschiedenen Entbindungsmethoden und die mit ihnen im konkreten Fall verbundenen Risiken auf, so muss er die Schwangere zwar (Anm. des Unterzeichners) grundsätzlich nicht nochmals über die Möglichkeit der Schnittentbindung unterrichten, wenn die ernsthaft für möglich gehaltene Entwicklung eingetreten und die Sectio zur gleichwertigen Behandlungsalternative geworden ist.“

— In der Leitlinie „Vaginal-Operative Entbindungen“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe heißt es hierzu:

— „Sobald sich unter der Geburt die Möglichkeit abzeichnet, dass ein operativer Eingriff notwendig werden kann, muss, wenn möglich, der Geburtshelfer das Aufklärungsgespräch mit der Patientin führen und sie über alternative operative Entbindungsverfahren, deren Vor- und Nachteile, Risiken und Belastungen aufklären. Je früher dies geschieht, desto eher ist damit zu rechnen, dass die Patientin noch einwilligungsfähig ist. Das bedeutet, dass sie dem Aufklärungsgespräch noch folgen kann und das erforderliche Urteils- und Einsichtsvermögen hat, um das Für und Wider der empfohlenen Behandlung abzuwägen.

— Die erforderliche Aufklärung ist so rechtzeitig vor Eintritt einer (voraussehbaren) Notsituation vorzunehmen, dass der Schwangeren noch eine Risikoabwägung möglich ist.“

Es gilt gemäß der höchstrichterlichen Rechtsprechung:

„Nochmals aufzuklären ist, „wenn sich nachträglich - sei es aufgrund einer Veränderung der Situation, sei es aufgrund neuer Erkenntnisse - Umstände ergeben, die zu einer entscheidenden Veränderung der Einschätzung der mit den verschiedenen Entbindungsmethoden verbundenen Risiken und Vorteile führen und die unterschiedlichen Entbindungsmethoden deshalb in neuem Licht erscheinen lassen.

— In einem solchen Fall hat der Arzt die Schwangere zur Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechts und ihres Rechts auf körperliche Unversehrtheit über das veränderte Nutzen-Risiko-Verhältnis - beispielsweise über nachträglich eingetretene oder erkannte Risiken der von ihr gewählten Entbindungsmethode - zu informieren und ihr eine erneute Abwägung der für und gegen die jeweilige Behandlungsalternativen sprechenden Gründe zu ermöglichen. Denn nur dann wird ihre Entscheidung von einer ausreichenden Grundlage getragen (vgl. Senatsurteile vom 25. März 2003 - VI ZR 131/02, VersR 2003, 1441 Rn. 20, 23; vom 14. September 2004 - VI ZR 186/03, VersR 2005, 227, 228; MünchKomm-BGB/Wagner, 6. Auflage, Rn. 809, 826; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 12. Aufl., Rn. 442, jeweils mwN).“

Fakt ist: Die Behandler hätten die Patientin spätestens am Nachmittag des

17.07.2018 eindringlich auf die Möglichkeit einer Sectio hinweisen müssen und diese als echte Behandlungsalternative als dringlich empfehlen (und durchführen) müssen.

**e. Fehlerhafte Aufklärung hinsichtlich einer vaginal operativen Entbindung mittels Verwendung einer Saugglocke**

Überdies ist ein Aufklärungsfehler darin zu sehen, dass die Patientin nicht über die hier mehrfach vergeblich versuchte vaginal operative Entbindung mittels Verwendung einer Saugglocke aufgeklärt wurde.

**2. Behandlungsfehler**

Aufgrund der vorliegenden Behandlungsfehler im beklagten Krankenhaus haftet die Behandlerseite gemäß §§ 280 Abs. 1, 278 BGB iVm dem Behandlungsvertrag sowie deliktisch aus §§ 823 Abs. 1 und 2 BGB (iVm §§ 31, 89 BGB analog) bzw. aus § 831 BGB.

Als Behandlungsfehler gilt jeder Verstoß gegen die Regeln und Standards der ärztlichen Wissenschaft. Dies beurteilt sich danach, ob der behandelnde Arzt, nach dem von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisstand und Erfahrung, im konkreten Fall diagnostisch und therapeutisch vertretbar und sorgfältig vorgegangen ist.

Der goldene Facharztstandard ist dabei nur gewahrt, wenn der behandelnde Arzt diejenigen Maßnahmen ergreift, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus berufsfachlicher Sicht seines Fachgebietes vorausgesetzt und erwartet werden.

Entscheidend ist stets die Frage:

**Wie hätte sich der vorsichtige Facharzt verhalten?**

Dieser Maßstab wurde hier nicht gewahrt.

**a. Methodenwahl / Indikation hinsichtlich der Gabe von „Cytotec“**

aa.

Die Weheneinleitung bei der Patientin mittels „Cytotec“ war nicht indiziert, denn ganz offensichtlich hatte diese bereits Wehen. Durch weiteres Zuwarten und natürliche, weniger eingreifende Mittel, hätte die Wehentätigkeit der Patientin auf natürlichem Wege in die richtigen „Bahnen“ gelenkt werden können. Zudem war

der eigentliche Geburtstermin ohnehin ist erst am 17.07.2018, so dass die Einleitung der Geburt bereits am 12.07.2018 überhaupt nicht indiziert war.

bb.

Es wurde hier jedenfalls die falsche Therapiemethode gewählt, da insbesondere die verwendete Methode bei der Patientin nicht indiziert gewesen ist. Die Anwendung und Dosierung von „Misoprostol“ ist äußerst schwierig, denn der Off-Label-Use von „Misoprostol“ ist ganz offensichtlich viel zu wenig erforscht um genaue Dosierungs- und Anwendungsschemata für die Behandler vorgeben zu können. Die Gabe von „Misoprostol“ ist von Behandler zu Behandler sehr heterogen. Letztlich kann die Dosierung von „Cytotec“ auch deshalb kontrolliert werden, da es sich um eine kleine Pille handelt, die in Stücke geschnitten werden muss und - wenn sie einmal verabreicht ist - im Falle von negativen Wirkungen nicht rückgängig gemacht werden kann.

Jedenfalls bedarf es gerade beim Off-Label-Use und insbesondere auch, wenn gleich oder besser geeignete Mittel zur Verfügung stehen, zwingender Gründe, warum der Behandler gerade von diesem nicht zugelassenen Mittel Gebrauch machen möchte (der günstige Preis und die Gewinnspanne des Klinikums Mittelmuster reichen hierfür nicht aus), denn die Zulassung eines Arzneimittels, die dessen Verkehrsfähigkeit begründet und eine Vermutung für die Verordnungsfähigkeit in der konkreten Therapie auslöst, fehlt für diesen Fall gerade.

Insbesondere wurde das Medikament durch den Hersteller, die Firma Searle, für den Gebrauch als Einleitungs-/zervikales Reifungsmedikament wegen der Nebenwirkungen ausdrücklich zurückgewiesen. Der einzige Vorteil von „Cytotec“ für das Klinikum - im Vergleich zu anderen Produkten - sind mithin dessen geringfügige Kosten und schnellere Kontraktionen, was letztlich nur den ärztlichen Behandlern „hilft“, für die Patientin jedoch nur noch schmerzhafter und risikobehafteter ist.

Wenn die Behandler des Klinikums Mittelmuster im vorliegenden Fall im Rahmen ihrer Therapiefreiheit schon von einem Off-Label-Use mittels oraler Gabe von „Misoprostol“ Gebrauch machen wollen, hätte zumindest zwingend die Kombination dieser Therapie mit dem Ballonkatheter verordnet werden müssen. Nach einer multizentrischen Kohortenstudie war nämlich - wie bereits dargelegt - die sequenzielle Kombination der oralen Gabe von Misoprostol und dem Ballonkatheter mit signifikant weniger Kaiserschnitten als eine Einleitung mit oralem „Misoprostol“ alleine assoziiert (17,3 vs. 26,1 %), was insbesondere auch unabhängig von der Parität galt. (vgl. dazu <https://link.springer.com/article/10.1007/s15013-016-1073-z>). Auch das Einleitungsgeburtsintervall war bei sequenzieller Kombination dieser beiden Methoden um durchschnittlich 342 Minuten kürzer, die Rate



vaginaler Geburten innerhalb von 24 Stunden (64,7 vs. 51,9 %) und von 48 Stunden (95,8 vs. 87,4 %) signifikant höher.

Fakt ist, es war die gewählte Methode zur Herbeiführung der Geburt von L. und damit zur Erreichung des Behandlungsziels einer natürlichen Geburt nicht geeignet.

**b. Methodenwahl / Indikation hinsichtlich der Verwendung einer (viel zu kleinen) Saugglocke**

Ein Behandlungsfehler ist auch darin zu sehen, dass der Assistenzarzt Dr. Mustermann (ohne vorherige Aufklärung) mehrfach den Versuch unternahm, L. mit einer (zu kleinen Saugglocke) zu entbinden. Dies, obwohl er zuvor bereits festgestellt hatte, dass die Nabelschnur um dessen Hals gewickelt war. Die vergeblichen Entbindungsversuche des Assistenzarztes Dr. Mustermann führten lediglich dazu, dass sich die Nabelschnur um den Hals von L. immer weiter zuzog und er regelrecht erwürgt wurde.

Es war die ärztliche Entscheidung der Behandler, L. trotz um den Hals gewickelter Nabelschnur mit einer (noch dazu viel zu kleinen) Saugglocke zu entbinden dahingehend fehlerhaft, dass die gewählte Medikation zur Erreichung des Behandlungsziels nicht geeignet gewesen ist und sich - in einem solchen Fall wie hier - nicht bewährt,

vgl. FAKomm-MedR/Jaeger, 3. Aufl., § 823 BGB Rn. 113a.

Vielmehr war der Einsatz einer (noch dazu viel zu kleinen) Saugglocke zur Erreichung des Behandlungsziels, nämlich L. lebend und gesund zu entbinden, kontraindiziert.

**c. Methodenwahl / Indikation hinsichtlich der vergeblichen Versuche, L. - trotz um den Hals gewickelter Nabelschnur - mit den Händen gewaltsam aus dem Mutterleib herauszuziehen**

Ein weiterer Behandlungsfehler ist darin begründet, dass mehrere Behandler vergeblich versucht haben, L. mit den Händen gewaltsam aus dem Mutterleib herauszuziehen, obwohl der Assistenzarzt Dr. Mustermann zuvor bereits festgestellt hatte, dass die Nabelschnur um den Hals von L. gewickelt war.

#### d. Befunderhebungsfehler

aa.

Die behandelnden Ärzte im Klinikum Mittelmuster haben es bei der Patientin zudem versäumt, frühzeitig alle erforderlichen Befunde (v.a. CTG, MBU, Ultraschall) zu erheben. Es hätte zwingend, insbesondere auch vor dem Hintergrund eines Off-Label-Use, durchgehend der Aufzeichnung der Herzschlagfrequenz des ungeborenen Kindes sowie der Wehentätigkeit der Patientin bedurft, um das Wohl von Mutter und Kind nicht zu gefährden. Hierdurch hätte insbesondere auf abnorme Veränderungen der Herztöne des Kindes und damit dessen Sauerstoffversorgung reagiert werden können.

bb.

Das Unterlassen der engmaschigen Überwachung von Mutter und Kind bei Wehentätigkeit oder Schmerzen durch Erhebung entsprechender Befunde, insbesondere des dauerhaften (!) Anlegens eines CTG, wird in sämtlichen Expertenbriefen und Leitlinien zum Thema „Misoprostol“ zur Geburtseinleitung zwingend (!) gefordert, vgl.

Misoprostol zur Geburseinleitung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Expertenbrief No 38, Kommission Qualitätssicherung, Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek ( vgl. [http://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Formulardaten/38\\_Misoprostol\\_Geburtseinleitung\\_2011.pdf](http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Formulardaten/38_Misoprostol_Geburtseinleitung_2011.pdf) oder <http://docplayer.org/39097598-Einheitliches-diagnostisches-und-therapeutisches-vorgehen-bei-geburtseinleitung-und-bei-fehlender-wirksamer-wehentaetigkeit.html>)

Damit hätte eine Sauerstoffmangelversorgung von L. rechtzeitig erkannt und entsprechend reagiert werden können, um ansonsten drohende Gehirn- und Herzschädigungen zu vermeiden.

cc.

Da durch den „Wehensturm“ (aufgrund der Gabe von „Cytotec“) der intrauterine Druck stark erhöht war, bestand auch das sich hier realisierte Risiko einer fetalen Hypoxie. Die kontinuierliche Überwachung der kindlichen Herzfrequenz mittels Kardiotokographie wäre äußerst wichtig gewesen. Da sich aufgrund der pathologischen kindlichen Herzfrequenz auch Zeichen einer fetalen Gefährdung gezeigt haben, hätte auch zwingend frühzeitig eine Mikroblutuntersuchung durchgeführt werden müssen.

dd.

Ferner haben es die Behandler vorliegend versäumt, durch entsprechende Befunderhebung ein Kopf-Becken-Missverhältnis auszuschließen. Denn vor einer vaginal-operativen Geburt ist ein Kopf-Becken Missverhältnis bei protrahiertem Verlauf

zwingend auszuschließen.

„Für die vaginal-operative Entbindung sind eine möglichst exakte Höhenstandsbestimmung, die Erkennung einer noch ausstehenden geburtsmechanischen Adaption und die Einschätzung der Möglichkeit einer operativen Korrektur von wesentlicher Bedeutung. Entscheidend für die Höhenstandsdiagnostik ist das Verhältnis des geburtsmechanisch wirksamen Umfangs des Kopfes (Durchtrittsplanum) zu den Beckenebenen. (...) Das ist deswegen so wichtig, weil folgenschwere Fehleinschätzungen des Höhenstandes unbedingt zu vermeiden sind.“

vgl. Leitlinie „Vaginal-operative Entbindungen“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

ee.

Ein Befunderhebungsfehler liegt hier gemäß § 630h Abs. 5 Satz 2 BGB vor, da es hier die behandelnden Ärzte im Hause des Klinikums Mittelmuster unterlassen haben, mindestens einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern,

vgl. FAKomm-MedR/Jaeger, 3. Aufl., § 630h Rn. 70.

#### e. Fundamentaler Diagnosefehler

Lediglich hilfsweise ist hier den Behandlern des Klinikums Mittelmuster vorzuwerfen, dass bestehende Befunde fundamental falsch gedeutet wurden und somit ein fundamentaler Diagnosefehler vorliegt.

Diagnosefehler sind als Behandlungsfehler zu qualifizieren, wenn eine Abweichung von einer klar zu stellenden Diagnose bzw. die Verkennung oder Fehldeutung eindeutiger Symptome (OLG Stuttgart v. 16.6.1998 - 14 U 67/97 und OLGR 2002, 251, 255; G/G, Rz. B 55, B 265) vorliegt, d.h. bei einem „nicht mehr vertretbaren“ Vorgehen bzw. der Stellung einer „nicht mehr vertretbaren“ Diagnose (OLG Brandenburg v. 21.7.2011 - 12 U 9/11, GesR 2012, 83, 84),

vgl. Martis /Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 5. Aufl. (2018), Rn. B 97.

#### f. Therapiefehler hinsichtlich der völlig verspäteten Anordnung einer Notsectio

Die natürliche Geburt hätte spätestens am Abend des 17.07.2018 gegen 22.00 Uhr sofort beendet werden müssen, als das CTG gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe als pathologisch einzustufen war.

Spätestens nachdem sich am 17.07.2018 gegen 22.00 Uhr

- die CTG-Werte bereits zunehmend verschlechtert hatten und hochpathologisch waren,
- der Assistenzarzt Dr. Mustermann im Rahmen der Ultraschalluntersuchung festgestellt hatte, dass die Nabelschnur um den Hals von L. gewickelt war und
- die Blutuntersuchung ergab, dass der gemessene pH-Wert grenzwertig sauer war,

hätte zwingend eine Notsectio angeordnet und durchgeführt müssen, was hier jedoch seitens der Behandler des Klinikums Mittelmuster grob fehlerhaft nicht geschehen ist.

Mithin wurde der geschuldete Facharztstandard im Klinikum Mittelmuster vorliegend nicht gewahrt.

#### **g. Therapiefehler hinsichtlich des unterlassenen Dammschnittes**

Aufgrund des enormen Kopfumfanges von L. (ca. 35 cm) hätten die Behandler - zur Durchführung einer natürlichen Geburt - einen Dammschnitt vornehmen müssen. Dies wurde vorliegend behandlungsfehlerhaft unterlassen, so dass es bei der Patientin zu einem Dammriss Grad II kam.

#### **h. Organisationsfehler hinsichtlich der fehlenden Vorrätigkeit einer größeren Saugglocke**

Dem Klinikum Mittelmuster ist darüber hinaus ein Organisationsfehler anzulasten, da es als spezialisierte Geburtsklinik keine „passende“ bzw. größere Saugglocke vorrätig hatte. Da aber die Verwendung einer Saugglocke zur vaginal-operativen Entbindung von L. vorliegend bereits nicht indiziert war, wird hier insoweit lediglich hilfsweise ein Organisationsverschulden gerügt.

#### **i. Übernahmeverschulden hinsichtlich der nicht rechtzeitigen Hinzuziehung eines Facharztes**

Zudem liegt ein Behandlungsfehler in Form eines Übernahmeverschuldens vor. Wenn die Kenntnisse oder Fertigkeiten des behandelnden Arztes nicht dem Facharztstandard in diesem Gebiet genügen, so hat er einen entsprechenden Facharzt, etwa als Konsiliarus, beizuziehen. Setzt er die Behandlung auf dem fremden bzw. eigenen, aber von ihm nicht beherrschten Fachgebiet fort, oder unterlässt bzw. verzögert er die Verständigung eines mit den notwendigen Kenntnissen, Fertigkeiten

oder medizinischen Gerätschaften ausgestatteten Facharztes, liegt ein Behandlungsfehler in der Form des „Übernahmeverschuldens“ vor,

vgl. BGH, Urt. v. 07.12.2004 (VI ZR 212/03) = GesR 2005, 161;  
Martis/Winkart, Arzthaftungsrecht Fallgruppenkommentar, 5. Aufl. 2018, Rn. B 28.

Die Patientin wurde trotz des hochpathologischen CTGs am Abend des 17.07.2018 lediglich von einer Hebamme sowie einem Assistenzarzt behandelt.

Sowohl die Hebamme als auch der Assistenzarzt hätten hier unverzüglich reagieren und sich um fachärztlichen Beistand bemühen müssen.

Insoweit ist die höchstrichterliche Rechtsprechung eindeutig

„Ein Assistenzarzt (und dies gilt entsprechend für eine Hebamme, Anmerkung des Unterzeichners), dem die erforderliche berufliche Erfahrung fehlt, kann aufgrund eines Übernahmeverschuldens dann haften, wenn er nach den bei ihm vorauszusetzenden Kenntnissen und Erfahrungen Bedenken gegen die Übernahme der Verantwortung für die Behandlung hätte haben und eine Gefährdung des Patienten hätte voraussehen müssen. Es kommt darauf an, ob er sich unter den besonderen Umständen des Falles darauf verlassen durfte, dass die vorgesehene Behandlung ihn nicht überforderte, z.B. weil für den Fall von Komplikationen organisatorisch die erforderliche Vorsorge getroffen worden war (vgl. BGH 12. Juli 1994, VI ZR 299/93).“

vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 18. April 2013 - 8 U 24/12, 8 U 24/12 -, juris.

### 3. Kausalität

Das o.g. geschilderte Fehlverhalten im Hause des Beklagten ist hier schadenskausal. Es reicht im Zivilrecht grds. schon eine bloße Mitverursachung aus, um einen Ursachenzusammenhang zu bejahen (dies betrifft Primär- und Sekundärschaden gleichermaßen),

vgl. OLG Düsseldorf · Urteil vom 12. März 2007 · Az. I-1 U 206/06.

Es kommt damit nicht darauf an, ob ein Ereignis die "ausschließliche" oder "alleinige" Ursache einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch eine Mitursächlichkeit, sei sie auch nur "Auslöser" neben erheblichen anderen Umständen, steht einer Alleinursächlichkeit in vollem Umfang gleich,

vgl. OLG Düsseldorf · Urteil vom 12. März 2007 · Az. I-1 U 206/06.  
mit Hinweis auf BGH VersR 1999, 862; BGH VersR 2000, 1282, 1283).

Wegen der Kausalitätsfrage möchten wir auf die gängige Rechtsprechung des OLG München verweisen:

„Das Ergebnis ist auch nicht unbillig, da die Beklagten die Gefahr der Risikoverwirklichung herbeigeführt haben, und ihnen - der vorliegend nicht gelungene - Nachweis offensteht, dass der Schaden auch bei pflichtgemäßem Verhalten eingetreten wäre. (...) Angesichts des Umstands, dass der Patient der Geschädigte und der Behandler der Schädiger ist, hält es der Senat nicht für billig, im Wege einer wertenden Betrachtung der Zurechnung, die offene Frage, ob auch bei der ersten Operation die Komplikationen eingetreten wären (...), zu Lasten des Patienten bzw. der Klägerin zu werten. (...) Den Beklagten ist nicht der Nachweis gelungen, dass die Gesundheitsbeeinträchtigungen der Klägerin auch bei ordnungsgemäßigem Verhalten eingetreten wären (alternatives rechtmäßiges Verhalten).“

vgl. OLG München · Urteil vom 21. April 2011 · Az. 1 U 2363/10.

#### a. Beweismaß des § 286 ZPO

Es sind die von der o.g. Patientin geschilderten und die laut den vorliegenden Unterlagen entstandenen gesundheitlichen primären Beeinträchtigungen objektivierbar und mit lediglich einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit ursächlich auf die o. g. Versäumnisse zurückzuführen und es ist eine weitere Entstehung zw. Fortentwicklung des Gesundheitsschadens - sei es auch nur entfernt - möglich.

Vorliegend besteht für die Primärschädigung nach § 286 ZPO der Grad an Gewissheit, dass die grob fehlerhafte Behandlung im Klinikum Mittelmuster im Zeitraum 11.07.2018 bis 19.07.2018 ursächlich für die primäre Gesundheitsschädigung von L. und dessen Mutter war.

#### b. Keine den Schädiger entlastende Schadensanfälligkeit

Rein vorsorglich ist auszuführen: Das Klinikum Mittelmuster kann sich nach ständiger Rechtsprechung nicht darauf berufen, dass der Schaden nur deshalb eingetreten sei oder ein besonderes Ausmaß erlangt habe, weil der Verletzte infolge bereits vorhandener Beeinträchtigungen und Vorschäden besonders anfällig für eine erneute Beeinträchtigung gewesen sei. Wer einen gesundheitlich schon geschwächten Menschen verletzt, kann nicht verlangen, so gestellt zu werden, als wenn der Betroffene gesund gewesen wäre. Dementsprechend ist die volle Haftung auch dann zu bejahen, wenn der Schaden auf einem Zusammenwirken körperlicher Vorschäden und den Verletzungen beruht, vgl.

BGH NZV 2005, 461 = DAR 2005, 441  
mit Hinweis auf BGHZ 20, 137, 139; BGHZ 107, 359, 363;  
BGHZ 132, 341, 345 und weiteren Nachweisen;  
OLG Düsseldorf · Urteil vom 12. März 2007 · Az. I-1 U 206/06

### c. Beweismaß des § 287 ZPO

Die Frage, welche körperlichen und gesundheitlichen Folgebeeinträchtigungen aus den von den Behandlern im Klinikum Mittelmuster Baden-Baden verursachten behandlungsfehlerbedingten erheblichen Primärverletzungen entstanden sind und weiterhin entstehen, betrifft die haftungsausfüllende Kausalität. Daraus ergibt sich für die Kläger der prozessuale Vorteil der Beweismaßerleichterung des § 287 ZPO, wonach für den Ursachenzusammenhang eine lediglich höhere Wahrscheinlichkeit genügt,

vgl. OLG Düsseldorf · Urteil vom 12. März 2007 · Az. I-1 U 206/06.;  
BGH NJW 2004, 2828, 2829.

Im Hinblick auf diese Kausalitätsvorgaben bestehen keine Zweifel daran, dass sich die Schadensersatzverpflichtung der verantwortlichen Ärzte im Hause des Beklagten auch auf die materiellen und immateriellen Beeinträchtigungen der Kläger erstreckt, die sich daraus ergeben, dass das Behandlungsfehlerereignis im Sinne einer Mitursächlichkeit auch Folgewirkungen für etwaige krankhaften Vorschäden oder Verschleißerscheinungen umfasst, sollten solche von der Arztseite überhaupt eingewandt und bewiesen werden.

Sämtliche dargelegten Gesundheitsbeeinträchtigungen von L. und dessen Eltern sind auf die grob fehlerhafte Behandlung im Klinikum Mittelmuster Baden-Baden im Zeitraum 11.07.2018 bis 19.07.2018 zurückzuführen.

## 4. Beweislast

### a. Beweislast bei der Aufklärung

Während der Patient beim Behandlungsfehler grundsätzlich in vollem Umfang die Voraussetzungen seines Anspruchs beweisen muss, kommt es beim Aufklärungsfehler für die Beweislast darauf an, ob es sich um ein Fall der Eingriffs- bzw. Risiko-aufklärung (dann Beweislast des Arztes) oder um einen Fall der sogenannten therapeutischen oder Sicherungsaufklärung (dann Beweislast des Patienten) handelt,

vgl. Martis /Winkhart, Arzthaftungsrecht,  
4. Auflage, Rn. B 476.

Wie bereits ausgeführt, fand eine ordnungsgemäße Aufklärung insbesondere hinsichtlich

- der Verabreichung des für die Geburtshilfe nicht zugelassenen Medikaments „Cytotec“,

- der Alternative einer Sectio sowie
- einer vaginal operativen Entbindung mittels Verwendung einer Saugglocke

nicht statt, so dass die insoweit vorgenommenen Eingriffe im Klinikum Mittelmuster rechtswidrig und die geschilderten Folgen auch hierauf zurückzuführen sind.

#### b. Beweislastumkehr bei grobem Behandlungsfehler

Aufgrund der Bewertung der Fehler im Klinikum Mittelmuster als grobe Fehler liegt hier eine Beweislastumkehr vor. Es verstößt hier nämlich das genannte Verhalten des Personals des Beklagten in einem solchen Ausmaß gegen elementare medizinische Grundkenntnisse, dass es aus medizinischer Sicht schlechterdings unverständlich ist (dies ist bspw. immer der Fall, wenn ein Gutachter als Chefarzt oder Ausbilder „die Hände über dem Kopf zusammenschlagen würde“ oder empört wäre, wenn einem seiner Ärzte dieser Fehler unterlaufen würde). Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich -wie hier- der grobe Fehler auch aus einer Gesamtwürdigung des medizinischen Managements ergeben kann, wenn einzelne Fehler selbst noch nicht als grob fehlerhaft zu werten sind. Denn auch die „Gesamtbetrachtung“ mehrerer „einfacher“ Behandlungsfehler führt hier dazu, dass das ärztliche Vorgehen zusammengelesen als grobfehlerhaft zu bewerten ist,

vgl. BGH NJW 2001, 2792, 2793;  
NJW 2000, 2741;  
OLG Bremen MedR 2007, 660;  
OLG Hamburg AHRS III, 6551/301;  
OLG Koblenz OLGR 2008, 922.

§ 630h Abs. 5 S. 1 BGB besagt, dass, sofern einem Behandler ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist und dieser grundsätzlich geeignet ist, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, eine Vermutung dafür spricht, dass der Behandlungsfehler für die Verletzung ursächlich geworden ist. Will der Behandler einer Haftung entgehen, so muss er diese Vermutung widerlegen.

Hiernach ist ein Behandlungsfehler als grob zu bewerten, wenn „ein medizinisches Fehlverhalten vorliegt, das aus objektiver ärztlicher Sicht bei Anlegung des für einen Arzt geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabes nicht mehr verständlich und verantwortbar erscheint, weil ein solcher Fehler dem behandelnden Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.“

Der BGH hat diese Definition, unter die kaum subsumiert werden kann, weil die in ihr verwendeten Begriffe unscharf sind und tautologischen Charakter haben, dahin erläutert:



Es liege ein grober Behandlungsfehler stets dann vor,

„wenn Verstöße gegen elementare medizinische Behandlungsstandards oder gegen elementare medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen vorlägen. Anerkannt ist auch, dass eine Summierung mehrerer Behandlungsfehler innerhalb einer Behandlung einer Gesamtwürdigung unterzogen werden muss, die zu dem Ergebnis führen kann, dass insgesamt, d.h. bei Berücksichtigung aller Umstände ein grober Behandlungsfehler vorliege.“

(Hindemith in: Jorzig, Handbuch Arzthaftungsrecht, 1. Aufl. 2018, III. Zum Begriff des groben Behandlungsfehlers, Rn. 111).

— Ein grober Behandlungsfehler liegt auch vor, wenn

„der Behandler gegen eine etablierte, d.h. zur Zeit der Behandlung allgemein anerkannte und unumstrittene Regel der ärztlichen Kunst in eindeutiger Weise verstoßen hat, dieser Fehler geeignet war, den Patienten einem bestimmten Risiko auszusetzen und sich genau dieses Risiko im konkreten Fall verwirklicht hat. Als Kriterium könnte z.B. dienen, ob die betreffende Behandlung in den einschlägigen Standardlehrbüchern einhellig dargestellt wird oder die Wirksamkeit der betreffenden Behandlung bewiesen und allgemein anerkannt ist.“

— (Hindemith in: Jorzig, Handbuch Arzthaftungsrecht, 1. Aufl. 2018, IV. Schwächen der Abgrenzung zwischen einfachem und grobem Behandlungsfehler, Rn. 122).

Nach allgemeiner Auffassung hat der Patient Anspruch auf Behandlung entsprechend dem Facharztstandard. Es liegt also nahe, sich, wenn es bei der Abgrenzung von einfachen und groben Behandlungsfehlern um die Strenge des Prüfungsmaßstabes geht, an dem von einem Facharzt zu verlangenden Wissen und Können zu orientieren. Anders ausgedrückt:

— „Ein grober ärztlicher Fehler liegt vor, wenn das unbeachtet geblieben ist, was an medizinischem Wissen einem Facharzt des entsprechenden Gebietes geläufig sein muss, z.B. Gegenstand der Facharztprüfung sein könnte. Den Prüfungs- und Abgrenzungsmaßstab tiefer anzusetzen, d.h. einen groben Behandlungsfehler erst dann anzunehmen, wenn ärztliches Wissen nicht vorhanden war, das man schon von einem Studenten oder Assistenzarzt verlangen müsste, lässt sich nicht rechtfertigen.“

— (Hindemith in: Jorzig, Handbuch Arzthaftungsrecht, 1. Aufl. 2018, IV. Schwächen der Abgrenzung zwischen einfachem und grobem Behandlungsfehler, Rn. 117).

Der Begriff des groben Behandlungsfehlers ist als Rechtsbegriff aufzufassen. Ob ein Behandlungsfehler grob ist, entscheiden also die Gerichte, nicht die Sachverständigen (Hindemith in: Jorzig, Handbuch Arzthaftungsrecht, 1. Aufl. 2018, IV. Schwächen der Abgrenzung zwischen einfachem und grobem Behandlungsfehler, Rn. 119).

Aufgrund der Bewertung des Behandlungsfehlers als grober Fehler, liegt hier eine Beweislastumkehr vor. Das vorliegende Verhalten verstößt unter **Gesamtbetrachtung in einem solchen Ausmaß gegen elementare medizinische Grundkenntnisse, dass es aus medizinischer Sicht schlechterdings unverständlich ist** (dies ist bspw. immer der Fall, wenn ein Gutachter als Chefarzt oder Ausbilder „die Hände über dem Kopf zusammenschlagen würde“ oder empört wäre, wenn einem seiner Ärzte dieser Fehler unterlaufen würde)<sup>1</sup>.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich -wie hier- der grobe Fehler auch aus einer Gesamtwürdigung des medizinischen Managements ergeben kann, wenn einzelne Fehler selbst noch nicht als grob fehlerhaft zu werten sind. Denn auch die „**Gesamtbetrachtung**“ mehrerer „**einfacher**“ Behandlungsfehler führt hier dazu, dass das ärztliche Vorgehen zusammengesehen als grobfehlerhaft zu bewerten ist,

vgl. BGH NJW 2001, 2792, 2793;  
NJW 2000, 2741;  
OLG Bremen MedR 2007, 660;  
OLG Hamburg AHRs III, 6551/301;  
OLG Koblenz OLGR 2008, 922.

Die gesamten fehlerhaften Behandlungen im Klinikum Mittelmuster im Zeitraum 11.07.2018 bis 19.07.2018, welche jedenfalls zusammen betrachtet den enormen Schaden bzw. die enormen Schäden insbesondere bei L. verursacht haben, sind schon aufgrund ihrer Anzahl zusammen als grober Behandlungsfehler zu betrachten, wobei vorliegend bereits die einzelnen Pflichtverletzungen für sich erheblich ins Gewicht fallen.

Da während der Geburt die Sauerstoffmangelversorgung schnellstmöglichst bekämpft werden muss, um Hirnschädigungen des Kindes zu vermeiden, liegt in einer verzögerten Einleitung der Schnittentbindung im Regelfall ein grober Behandlungsfehler vor (vgl. OLG Schleswig, VersR 94, 310). Eine durch verspätete Anordnung der Schnittentbindung länger andauernde Sauerstoffmangelversorgung ist generell geeignet, eine Hirnschädigung des Kindes herbeizuführen, wobei zwar eine Korrelation zwischen der Schwere der Gehirnschäden in der Länge und des Ausmaßes des Sauerstoffmangels besteht, diese Abhängigkeit indes nicht quantifizierbar ist; allgemein lässt sich sagen, je länger und schwerer ein Sauerstoffmangel besteht, desto wahrscheinlicher ist ein eventuell auch schwerer Gehirnschaden (OLG Köln, VersR 91, 669 - grober Behandlungsfehler, wenn länger als ein halbe Stunde mit der Sectio gewartet wird). Zeichnet sich - wie im vorliegenden Fall schon ab 19 Uhr - ab, dass eine Schnittentbindung notwendig werden könnte

---

<sup>1</sup> Wir **beantragen**, dass diese Definition der Rechtsprechung im Beweisbeschluss dem Sachverständigen „mit an die Hand“ gegeben wird.

(z.B. mangelnder Geburtsfortschritt bei zunehmend pathologischem CTG), muss für die rechtzeitige Herstellung der Sectio-Bereitschaft Sorge getragen werden (OLG München VersR 1996, 63).

Mithin ist bereits die am Abend des 17.07.2018 unterlassene Anordnung einer Notsectio, trotz

- der hochpathologischen CTG-Werte,
- der Feststellung, dass die Nabelschnur um den Hals von L. gewickelt war und trotz
- des grenzwertig sauren pH-Werts,

als grob behandlungsfehlerhaft zu bewerten. Es hätte der pathologische Zustand von L. zwingend zur rechtzeitigen Durchführung einer Sectio führen müssen. Das Unterlassen der erforderlichen Schnittentbindung bei pathologischen CTG-Werten über mehrere Stunden hinweg stellt einen Behandlungsfehler dar, der schlichtweg nicht nachvollziehbar ist.

„I.d.R. ist bei nicht nur ganz kurzfristig pathologischem CTG (...) unverzüglich eine Schnittentbindung (Sectio) einzuleiten.“

vgl. Martis-Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 5. Auflage, T 85.

Auch die Verwendung einer (noch dazu viel zu kleinen) Saugglocke trotz der vom Assistenzarzt Dr. Mustermann getroffenen Feststellung, dass die Nabelschnur um den Hals von L. gewickelt war, ist bereits für sich genommen grob behandlungsfehlerhaft.

Jedenfalls in der Gesamtschau liegt daher ein ärztliches Verhalten vor, welches schlechterdings unverständlich ist.

### c. Beweislastumkehr beim einfachen Befunderhebungsfehler

Es hätte sich hier bei der gebotenen Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (>50%) ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben, dass sich dessen Verkennung als fundamental oder die Nichtreaktion auf ihn als grob fehlerhaft darstellen würde und ist dieser Fehler generell geeignet, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen (= Beweislastumkehr beim einfachen Befunderhebungsfehler).

Bei rechtzeitiger Durchführung einer sonographischen Untersuchung sowie der gebotenen engmaschigen Überwachung von Mutter und Kind (insbesondere dauerhaftes (!) Anlegen eines CTG) und weiterer Abklärung der sich immer weiter

verschlechternden CTG-Werte von L. wären v.a. die Lage und die straffe Nabelschnurumschlingung um den Hals von L. sowie die damit verbundene Atemnot und die hochpathologische Herzfrequenz von L. rechtzeitig erkannt worden.

## 2. Beweislastumkehr bei einem „Anfängereingriff“

Hinsichtlich der unterlassenen rechtzeitigen Hinzuziehung eines Facharztes liegt eine Beweislastumkehr gemäß § 630h Abs. 4 BGB vor.

Hiernach gilt:

— War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

Der Assistenzarzt Dr. Mustermann war hier fachlich keinesfalls in der Lage, eine derart komplikationsbehaftete Geburt alleine durchzuführen. Es hätte vielmehr von Beginn an, spätestens jedoch am Abend des 17.07.2018, ein Facharzt hinzugezogen werden müssen.

— Die Patientin wurde aber trotz des hochpathologischen CTGs am Abend des 17.07.2018 lediglich von einer Hebamme sowie einem Assistenzarzt behandelt.

Sowohl die Hebamme als auch der Assistenzarzt hätten hier unverzüglich reagieren und sich um fachärztlichen Beistand bemühen müssen.

## B. Gutachtenfragen

Folgende Fragen gilt es zu begutachten, wobei die patientenfreundlichen Beweislastregeln des § 630h BGB gelten:

1)

### Einfacher Behandlungsfehler? Befunderhebungs-/Diagnosefehler?

— Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass bei der gegenständlichen Behandlung von L. und dessen Mutter in nicht vertretbarer Weise vom fachärztlichen Standard (Maßstab: der vorsichtige Facharzt) abgewichen worden ist (Behandlungsfehler?, Diagnosefehler?, fehlende medizinische Indikation? etc.)?

Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass wesentliche Befunde nicht eingeholt wurden (Befunderhebungsfehler) und/oder bestehende Befunde falsch gedeutet wurden (Diagnosefehler) ?

- bitte begründen -

2)

**Causa zum Befunderhebungsfehler?**

Hätte sich bei der gebotenen Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (>50%) ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben, dass sich

- dessen Verknennung als fundamental oder
- die Nichtreaktion auf ihn als grob fehlerhaft darstellen würde und
- ist dieser Fehler generell geeignet, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen?

- bitte begründen -

3)

**Grober Behandlungsfehler?**

Verstößt das unter Ziffer 1 genannte Verhalten in einem solchen Ausmaß gegen elementare medizinische Grundkenntnisse, dass es aus medizinischer Sicht schlechterdings unverständlich ist (dies wäre bspw. der Fall, wenn Sie als Chefarzt oder Ausbilder „die Hände über dem Kopf zusammenschlagen würden“ oder empört wären, wenn einem Ihrer Ärzte dieser Fehler unterlaufen würde) - wenn ja, warum?

Achtung:

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich der grobe Fehler auch aus einer Gesamtwürdigung des medizinischen Managements ergeben kann, wenn einzelne Fehler selbst noch nicht als grob fehlerhaft zu werten sind.

- bitte begründen -

4)

Wie hätte sich hier „der vorsichtige Facharzt bzw. Spezialist“ verhalten?

- bitte begründen -

5)

War die vorliegende ärztliche Behandlung (v.a. Einsatz einer (viel zu kleinen) Saugglocke, Gabe von „Cytotec“) medizinisch indiziert?

- bitte begründen -

6)

Ist die ärztliche Behandlung (v.a. Einsatz einer Saugglocke, Gabe von „Cytotec“) im Ergebnis als „unbrauchbar“ einzustufen?

- bitte begründen -

7)

Ist mit einer sicheren Besserung des Zustandes von L. und dessen Eltern zu rechnen oder ist es auch möglich, dass keine Besserung, womöglich auch eine kausale Verschlechterung des Zustandes eintreten kann?

- bitte begründen -

8)

**Kausale Folgen (sehr wichtige Frage, bitte gut begründen!)?**

Sind die von den o.g. Versicherungsnehmern geschilderten und die laut den vorliegenden Unterlagen entstanden gesundheitlichen Beeinträchtigungen objektivierbar und mit lediglich einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit ursächlich auf die o.g. Versäumnisse zurückzuführen und ist eine weitere Entstehung bzw. Fortentwicklung des Gesundheitsschadens - sei es auch nur entfernt - möglich bzw. denkbar?

**Achtung:**

Im Zivilrecht ist jede schlichte Mitursächlichkeit ausreichend.

- bitte begründen -

### **C. Einholung erforderlicher Beweisunterlagen**

Nach § 66 SGB V (Unterstützungsregelung) wird die Krankenkasse unsere geschädigte und bedürftige Mandantschaft unterstützen. Denn hiernach hat die Krankenkasse von sich aus auch sämtliche nötigen Behandlungsunterlagen anzufordern und die Kopierkosten zu tragen, vgl.:

„Die Einführung der Unterstützungsregelung begründete der Gesetzgeber damit, dass die Beweisführung bei einem Behandlungsfehler dadurch erschwert werde, dass der Versicherte häufig weder Diagnose und Therapie noch den Namen des behandelnden Arztes genau kenne" (BT-Drucks. 11/2237, S. 189).

Unterstützungsleistungen nach § 66 SGB V beinhalten regelmäßig die

- Verschaffung von Auskünften über die vom Arzt gestellten Diagnosen, die angewandte Therapie, die Namen der Behandler,
- die Anforderung ärztlicher Unterlagen einschließlich Röntgenaufnahmen etc. von der Behandlung und
- die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach § 275 Abs. 3 Nr. 4 SGB V.

Vgl. hierzu jüngst: Hessisches LSG · Urteil vom 4. Mai 2015 · Az. L 1 KR 381/13.

Wir bitten Sie daher iSd § 66 SGB V um die Anforderung der Beweisunterlagen insbesondere bei folgenden Mitbehandlern und Einrichtungen:

1. (...)
2. (...)

sowie um Durchführung der MDK-Begutachtung nach Beiziehung der nötigen Behandlungsunterlagen aller Mitbehandler.

Auch weisen wir darauf hin, dass die im Klinikum Mittelmuster an der hier gegenständlichen geburtshilflichen Betreuung beteiligten Hebammen Johanna Zeitvogel und Aurelia Baratta möglicherweise eine eigene Behandlungsdokumentation besitzen. Wir bitten daher auch diese anzufordern.

Bitte bestätigen Sie uns den Eingang dieses Schreibens.

Für Ihre Unterstützung und Kooperation bedanken wir uns bereits jetzt und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

**Michael Graf**

Fachanwalt für Versicherungsrecht  
Fachanwalt für Medizinrecht

**Gabriela Johannes**

Rechtsanwältin  
Patientenanwältin im Medizin-/Versicherungsrecht

**Anlagen:**

- **Vollmacht und Schweigepflichtentbindungserklärung**
- **CD mit den eingeholten Behandlungsunterlagen und Nachweisen in Kopie für Ihre Akte (nicht vollständig!)**