

Rechtliche Probleme in der Gynäkologie

Aufklärungspflicht des Geburtshelfers über die Gebotenheit einer Sectio und Verweigerung geburtshilflich erforderlicher Eingriffe durch die Schwangere

Veröffentlicht in „Der Gynäkologe“, 2016, 386 – 391 (Heft 5)

Rechtsanwalt Rüdiger Martis

Kanzlei Martis, Maier, Schumm,
Friedrichs, Busch
Uferstraße 50
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel: 07171/77994-0
Fax: 07171/77994-22
E-Mail: info@mmrj-anwaelte.de

Rechtsanwältin Martina Winkhart-Martis Fachanwältin für Medizinrecht

Kanzlei Ratajczak und Partner

Posener Straße 1
71065 Sindelfingen
Tel: 07031/9505-0
Fax: 07031/9505-50
E-Mail: winkhart@rpmed.de

A. Grundlagen

Eine Klage im Arzthaftungsrecht kann nur dann Erfolg haben, wenn der Patient entweder nach Einholung eines Gutachtens einen **Behandlungsfehler des Arztes bzw. des Krankenhausträgers** nachweist, welcher **für einen konkreten Körper- oder Gesundheitsschaden kausal** geworden ist (nachfolgend I.) oder wenn ein **Aufklärungsfehler** des Arztes vorliegt, der zur Rechtswidrigkeit des Eingriffes führt und **für einen Körper- oder Gesundheitsschaden des Patienten kausal** geworden ist (nachfolgend II.). Das am 26.2.2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz spiegelt im Wesentlichen die bisherige Rechtsprechung zur Haftung wieder. Neuerungen werden zusammenfassend dargestellt (nachfolgend III.).

I. Behandlungsfehler und Kausalität für einen Schaden

1. Behandlungsfehler

Als Behandlungsfehler ist ein Verstoß gegen den jeweiligen Facharztstandard anzusehen, d.h. eine im konkreten Fall diagnostisch und/oder therapeutisch nicht mehr vertretbare Behandlung, wobei auf den Stand zum Zeitpunkt der Behandlung abzustellen ist (BGH, VersR 1997, 7770, 7771; BGH, Urt. v. 15.4.2014 – VI ZR 382/12, juris, Nr. 13, 17).

Leitlinien ersetzen dabei kein Sachverständigengutachten. Sie können im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben, sie können aber auch ihrerseits veralten. **Ein Verstoß gegen eine Leitlinie stellt nicht per se einen Behandlungsfehler dar** (BGH, Urt. v. 15.4.2014 – VI ZR 382/12, juris, Nr. 17). Allerdings begründen die Mutterschaftsrichtlinien den medizinischen Standard im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. Bei dessen Unterschreiten wird regelmäßig ein Behandlungsfehler angenommen.

Man unterscheidet bei Behandlungsfehlern üblicherweise zwischen Diagnosefehlern, unterlassener Befunderhebung (Röntgen, CT, MRT, Blutbild etc. unterlassen) sowie Therapiefehlern, Fehlern in der therapeutischen Aufklärung, Koordinationsfehlern und Organisationsfehlern (z.B. unzureichende personelle/apparative Ausstattung).

2. Kausalität

Der Patient muss sowohl das Vorliegen eines ärztlichen Behandlungsfehlers durch positives Tun oder Unterlassen als auch den **Kausalzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und seinem eingetretenen Gesundheitsschaden bzw. dem materiellen Schaden** (Verdienstausfall, Haushaltsführungsschaden, Zuzahlungen für Arzt und Medikamente etc.) führen (vgl. BGH, NJW 2012, 2024; BGH, VersR 2011, 223).

Hierfür ist gemäß § 286 ZPO ein so hoher Grad von Wahrscheinlichkeit erforderlich, der – faktisch – deutlich über 90 % liegen muss. Allerdings genügt der Nachweis der **Mitursächlichkeit des Behandlungsfehlers für den Schaden**, d.h. wenn etwa eine genetische Anlage vorliegt und ein ärztlicher Behandlungsfehler, welcher zur Behinderung des Kindes führt, hinzukommt. In derartigen „Anlagefällen“ kann sich der Arzt der Haftung nur entziehen, wenn er beweist, dass dieselben Körper- oder Gesundheitsschäden auch ohne den Behandlungsfehler eingetreten wären (BGH, NJW 2005, 2072, 2073; BGH, NJW 2012, 2024).

Anders als im Strafrecht – hier bleibt es dabei, dass die Staatsanwaltschaft bzw. das Gericht meist durch Sachverständigengutachten stets den Beweis führen muss, dass ein Behandlungsfehler zum Tod bzw. einer Verletzung des Patienten geführt hat – hat die Rechtsprechung im Zivilrecht (Haftungsrecht) mehrere „Rechtsfiguren“ entwickelt, bei denen es zugunsten des Geschädigten zu einer **Beweislastumkehr hinsichtlich des Kausalzusammenhangs** zwischen einem festgestellten Behandlungsfehler und dem Primärschaden (Körper- bzw. Gesundheitsschaden) kommt.

a) Vorliegen eines „groben Behandlungsfehlers“

Ein sog. „grober Behandlungsfehler“ ist anzunehmen, wenn ein medizinischer Fehler vorliegt, welcher aus objektiver ärztlicher Sicht **nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler einem Arzt des betreffenden Fachgebietes schlechterdings nicht unterlaufen darf**. Es muss sich um Verstöße gegen eindeutig gesicherte medizinische Erkenntnisse und bewährte ärztliche Behandlungsregeln handeln (vgl. etwa BGH VersR 2012, 360, Nr. 8; BGH VersR 2011, 1569; VersR 2012, 1176).

Diese „Erfindung“ der Rechtsprechung findet sich jetzt in § 630 h V 1 BGB (Patientenrechtegesetz, in Kraft seit dem 26.2.2013).

Stellt das Gericht nach einer entsprechenden Befragung eines Sachverständigen aus dem Fachgebiet des Arztes einen solchen „groben Behandlungsfehler“ fest, kann sich der Arzt nur entlasten, wenn er nachweist, dass ein Kausalzusammenhang zwischen diesem groben Fehler und dem beim Patienten eingetretenen Gesundheitsschaden **gänzlich bzw. äußerst unwahrscheinlich** ist (vgl. BGH VersR 2011, 1148; BGH VersR 2010, 115).

Dieser Nachweis gelingt nur, wenn der Sachverständige ausführt, die Wahrscheinlichkeit, dass der festgestellte Behandlungsfehler den konkreten Schaden verursacht habe, liege zwischen **0 und 10 %**. Das hier zuständige OLG Stuttgart geht von **5 %** aus. Beispiele:

aa)

Versäumt es die Hebamme bzw. nach der Übernahme der Geburt der Gynäkologe (hier: Belegarzt), bei einer in der 34. SSW mit Wehentätigkeit und Verdacht auf vorzeitigen Blasensprung stationär aufgenommenen Schwangeren über einen Zeitraum von knapp 10 Stunden ein CTG durchzuführen, liegt hierin ein grober Behandlungsfehler.

Führt der Sachverständige aus, es sei zwar rein theoretisch möglich, dass der Gesundheitsschaden des Kindes (Hirnschaden) auf einer Sauerstoffmangelversorgung unter bzw. bis zu der Geburt beruht, er halte dies aber für „äußerst unwahrscheinlich“, weil eine niedrige Blutdruckphase der Mutter drei Wochen vor der Geburt (bzw. eine Infektion/STSS der Mutter oder eine Grunderkrankung des Kindes) die allerwahrscheinlichste Ursache hierfür darstelle, ist die Klage abzuweisen (OLG Saarbrücken, Urt. v. 8.11.2006 – 1 U 582/05 – 203, MedR 2007, 486, 488).

bb)

Eine Beweislastumkehr scheidet auch aus, wenn praktisch – **mit einer Wahrscheinlichkeit von deutlich mehr als 90 % bzw. mindestens 95%** - ausgeschlossen werden kann, dass ein Tumor im Bereich der weiblichen Brust im maßgeblichen Zeitpunkt vom behandelnden Gynäkologen mit Hilfe einer – grob fehlerhaft unterlassenen - Palpation zu diagnostizieren gewesen wäre und beim Vorliegen eines unauffälligen Befundes keine Veranlassung bestand, eine Mammographie oder gar Biopsie durchzuführen (OLG Saarbrücken, OLG-Report 2000, 426, 427).

cc)

Es ist aber nicht „äußerst unwahrscheinlich“, dass eine 15 Monate früher durchgeführte Stanzbiopsie, die vom Gynäkologen grob fehlerhaft nicht veranlasst worden ist, eine Metastasierung und den Tod der Patientin verhindert hätte (OLG Jena, VersR 2008, 401, 403). Wurde es vom Gynäkologen trotz entsprechender Anhaltspunkte (z.B. Schilderung von Sekretionen aus der Brust bzw. Angabe eines von der Patientin getasteten Knotens in der Brust) grob fehlerhaft unterlassen, die Patientin zu einer Mammographie bzw. nachfolgend zu einer Probeexzision vorzustellen, **kann es bei langsam wachsenden Tumoren im Einzelfall „äußerst unwahrscheinlich“ sein**, dass die Ablatio nebst Bestrahlungs- und Chemotherapie bei rechtzeitiger Diagnostik vermieden worden wäre.

b) Unterlassene Befunderhebung

Zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des Kausalzusammenhangs kann es auch dann kommen, wenn es der Arzt im Sinne eines nur **einfachen Behandlungsfehlers** versäumt, medizinisch gebotene Befunde zu erheben bzw. erheben zu lassen (im Bereich der Gynäkologie z.B. Sonographie, Mammographie, ggf. Probeexzision bei V.a. Brustkrebs; CTG, Mikroblutuntersuchung bei Geburtsvorgängen), sich bei entsprechend (fiktiv) erhobenem Befund **mit hinreichender Wahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 %) ein reaktionspflichtiges Ergebnis** herausgestellt hätte (z.B. nach Mammographie/Mamma-Sonographie V.a. Tumor; nach MBU V.a. Sauerstoffunterversorgung) und es **grob fehlerhaft gewesen wäre, einen solchen Befund zu verkennen bzw. hierauf nicht zu reagieren** (z.B. beim V.a. Tumor eine Probeexzision bzw. Operation; bei Sauerstoffunterversorgung des Feten Einleitung einer Sectio).

Einzelheiten sind umstritten und ergeben sich auch nicht aus dem Gesetz (§ 630 h V 2 BGB). Auch im Rahmen dieser Fallgruppe scheidet eine Haftung des Arztes nur dann aus, wenn er einen „**äußerst unwahrscheinlichen Kausalzusammenhang**“ nachweist.

c) Anfängereingriffe, Anfängeroperationen

Die Übertragung einer selbständig durchzuführenden Operation oder eines vergleichbaren Eingriffes auf einen hierfür **noch nicht ausreichend qualifizierten Assistenzarzt** ist ein Behandlungsfehler in Form eines Organisationsfehlers. Wird die Gesundheit der Patientin bei dem Eingriff durch einen nicht ausreichend qualifizierten Assistenzarzt geschädigt, trifft den Krankenhausträger bzw. den Praxisinhaber **die Beweislast, dass der Körper- bzw. Gesundheitsschaden nicht auf der mangelnden Qualifikation beruht** (BGH, NJW 1984, 655 zur Anfängeroperation; BGH, NJW 1993, 2989 zur Anfängernarkose).

Einem AiP darf die eigenverantwortliche Durchführung einer Geburt nicht ohne Aufsicht eines Facharztes übertragen werden, wenn ihm Maßnahmen zur Beseitigung einer Schulterdystokie (SD) weder theoretisch noch praktisch vertraut sind (OLG Düsseldorf, VersR 2001, 460).

Hat eine Assistenzärztin **bereits 300 Geburten durchgeführt**, so ist sie (hier: 6 Monate vor der Facharztprüfung) für die Durchführung einer Geburt bei einem zu erwartenden Geburtsgewicht von **unter 4.000 g ohne besondere Risikofaktoren ausreichend qualifiziert** (OLG Stuttgart, OLG-Report 2001, 394, 395; ebenso OLG Oldenburg, VersR 2002, 1028: Geburtsleitung im letzten FA-Ausbildungsjahr; OLG Zweibrücken, VersR 1997, 1103: Lösung einer SD im letzten Ausbildungsjahr, keine Facharztaufsicht erforderlich; OLG Koblenz, NJW-RR 2006, 1172, 1174: Leitung einer ex ante nicht problematisch erscheinenden Geburt durch einen Assistenzarzt mit ausreichenden praktischen und theoretischen Erfahrungen).

II. Aufklärungsfehler

Für die Durchführung des Aufklärungsgesprächs ist der Arzt beweispflichtig. Die Haftung des Arztes ist bei fehlender bzw. unwirksamer Einwilligung der Patientin wegen unterbliebener bzw. fehlerhafter Aufklärung dem Grunde nach begründet, selbst wenn der Arzt den Eingriff an sich völlig fehlerfrei und kunstgerecht ausführt (BGH GesR 2011, 237, 238; BGH NJW 1989, 1533, 1535).

Aufgeklärt werden muss zumindest „**im Großen und Ganzen**“ über den Verlauf des Eingriffs, die Erfolgsaussichten, dessen (auch seltene) Risiken, mögliche **ernsthafte Behandlungsalternativen mit wesentlich geringeren Risiken und/oder wesentlich höheren Erfolgschancen** (BGH, GesR 2011, 237, 238; BGH, 2010, 1220, Nr. 11). Genannt werden müssen das Misserfolgsrisiko, **im Einzelfall erhöhte Risiken, auch sehr seltene Risiken**, wenn bei deren Realisierung mit erheblichen Beeinträchtigungen für die Patienten (z.B. dauerhafte Lähmung, Infertilität) zu rechnen ist.

Die Aufklärung muss **rechtzeitig** erfolgen, wobei in der Regel eine **Aufklärung am Vortag des Eingriffs** ausreicht. Bei Operationen mit schwerwiegenden Risiken (z.B. Herzoperation, Augenoperation mit dem Risiko der Erblindung etc.) muss die Aufklärung schon dann erfolgen, wenn der Eingriff mit dem Patienten besprochen wird.

Eine Haftung des Arztes besteht aber auch hier nur, wenn der **Aufklärungsmangel für einen Gesundheitsschaden kausal geworden ist**. Dies betrifft zunächst die Durchführung einer **mangels wirksamer Einwilligung rechtswidrigen Operation**.

Kann ein Körper- oder Gesundheitsschaden nach Durchführung des Eingriffs sowohl auf die Grunderkrankung des Patienten bzw. ein schicksalhafteres Ereignis als auch auf den – ohne wirksame Einwilligung durchgeführten – rechtswidrigen Eingriff zurückgeführt werden, ist der Patient dafür beweispflichtig, dass sein Schaden auf dem rechtswidrigen Eingriff beruht. Die Patientin hat auch den Nachweis zu führen, dass der mangels wirksamer Einwilligung rechtswidrige Eingriff für ihre Gesundheitsschädigung ursächlich war, z.B. eine Infertilität aufgrund eines wegen nicht aufgeklärter Behandlungsalternativen (noch mögliche konservative Behandlung) rechtswidrigen Eingriffs.

III. Patientenrechtegesetz (§§ 630 a – 630 h BGB)

Das Patientenrechtegesetz ist am 26.2.2013 in Kraft getreten. Es spiegelt jedoch im Wesentlichen die bisherige, von der Rechtsprechung ausformulierte Rechtslage im Arzthaftungsrecht wieder. Auf folgende Besonderheiten ist hinzuweisen:

1. Mündliche Aufklärung durch kompetente Person

Gemäß § 630 e II 1 Nr. 1 BGB muss die Aufklärung des Patienten mündlich durch den Behandler selbst oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme **notwendige Ausbildung** (d.h. abgeschlossenes Medizinstudium) verfügt. Ergänzend kann auf Unterlagen (insbesondere Aufklärungsbögen) Bezug genommen werden.

Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes hat der BGH (Urt. v. 28.1.2014 – VI ZR 143/13, NJW 2014, 1527, Nr. 11 – 16) darauf hingewiesen, dass die Vorlage und Unterzeichnung eines Aufklärungsbogens nach wie vor nicht zwingend erforderlich, wenn auch zu empfehlen ist. „**Auch der Arzt der keine Formulare benutzt, die Aufklärung nicht dokumentiert und für den konkreten Einzelfall keine Zeugen zur Verfügung hat, muss eine faire und reale Chance haben, den ihm obliegenden Beweis für die Durchführung und den Inhalt des Aufklärungsgesprächs zu führen**“ (so ausdrücklich BGH NJW 2014, 1527, Nr. 11, 12).

Die Aufklärung durch einen **Assistenzarzt bzw. fachfremden Arzt** bleibt nach neuer Rechtslage zulässig. Der Operateur (Chef- bzw. Oberarzt, Facharzt) muss sich jedoch zumindest anhand des von der Patientin unterzeichneten Aufklärungsbogens bzw. durch ein Gespräch mit der Patientin vergewissern, dass eine von der Patientin und vom aufklärenden Arzt unterzeichnete Einverständniserklärung und eine für den medizinischen Laien verständliche Aufklärung unter Hinweis auf die **spezifischen Risiken des vorgesehenen Eingriffs** vorliegt (BGH, VersR 2007, 209, Nr. 9, 10; OLG Naumburg, VersR 2011, 1014, 1016: Verschlechterungsrisiko weder vom Assistenzarzt noch vom Aufklärungsbogen genannt, Hinweis ist nachzuholen).

2. Aushändigung von Aufklärungsbögen

Gemäß § 630 e II 2 BGB sind dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet, auszuhändigen. Dies bedeutet, dass dem Patienten bzw. der Patientin **eine Kopie bzw. Abschrift des unterzeichneten Aufklärungsbogens nach dem Aufklärungsgespräch, aber jedenfalls vor dem Eingriff auszuhängen** ist.

Die Rechtsfolgen einer unterlassenen Aushändigung von Kopien bzw. Abschriften sind noch nicht abschließend geklärt. Jedenfalls hinsichtlich der **handschriftlich in einem vom Patienten unterzeichneten Aufklärungsbogen eingefügten Ergänzungen** (Hinweise auf bestimmte, ggf. erhöhte Risiken) dürfte sich die **Beweislast nun umkehren**, wenn die Kopie bzw. Abschrift der Patientin erst nach der Geltendmachung von Ansprüchen übergeben wird (vgl. Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht 4. Aufl. 2014, Rz. P 55; Rehborn, MDR 2013, 497, 502 und GesR 2013, 257, 265).

3. „Fälschungssichere“ Dokumentation

Neu - und für viele niedergelassene Ärzte belastend – ist die Pflicht nach § 630 f I 2 BGB, nachträgliche Änderungen, Berichtigungen oder Ergänzungen in der Dokumentation **kenntlich zu machen**. Soweit die bisherige Rechtsprechung die Auffassung vertreten hatte, der Beweiswert einer ärztlichen Behandlungsdokumentation werde nicht dadurch gemindert, dass ein EDV-Programm verwendet wird, welches **nicht gegen nachträgliche Veränderbarkeit gesichert** ist, wenn der beklagte Arzt glaubhaft darlegen kann, dass seine Eintragung richtig ist, (vgl. etwa OLG Hamm, VersR 2006, 842, 843) wird man dies unter der Geltung des § 630 f I 2, I 3 BGB nicht mehr aufrecht erhalten können.

Danach wird der ärztlichen EDV-Dokumentation kein bzw. kein voller Beweiswert (mehr) zukommen, wenn diese nicht „fälschungssicher“ bzw. „revisions-sicher“ und möglicherweise nachträglich verändert worden ist (Martis/Winkhart, 4. Aufl. 2014, Rz. P 77 – P 80 a m.w.N.).

4. Dokumentationspflicht

§ 630 h III in Verbindung mit § 630 f I, II, III BGB betrifft – wie bisher – die von der Rechtsprechung entwickelte Beweiserleichterung, wenn der Arzt eine Maßnahme, die **aus medizinischen – nicht aus juristischen – Gründen dokumentationspflichtig ist**, nicht dokumentiert oder die Patientenakte nicht für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung (Röntgenbilder, CT, MRT: 30 Jahre) aufbewahrt hat. Das Unterbleiben der dokumentationspflichtigen Maßnahme wird dann vermutet. Zudem kann das Gericht unterstellen, dass sich **ein nicht dokumentierter, aus medizinischen Gründen dokumentationspflichtiger Umstand so ereignet hat, wie es vom Patienten glaubhaft und schlüssig dargestellt wird** (BGH, VersR 1986, 788, 789; BGH, VersR 1999, 190, 191). Der Arzt kann (etwa durch Zeugenaussagen einer medizinischen Fachangestellten o.a.) den Nachweis führen, dass die nicht dokumentierte Maßnahme dennoch durchgeführt bzw. veranlasst worden ist.

Einer ordnungsgemäßen Dokumentation (bei EDV: „fälschungssicher“) kommt zugunsten des Arztes eine Indizwirkung zu (OLG München, Urt. v. 15.7.2011 – 1 U 5092/10, juris, Nr. 27: wenn kein Anhalt für Veränderungen oder Verfälschungen vorliegt; OLG München, Beschl. v. 7.11.2011 – 1 U 2405/11, juris, Nr. 16, 17: Patient muss die Vermutung der Richtigkeit der Dokumentation erschüttern; KG Berlin, GesR 2013, 608: Indizwirkung bei zeitnah erstellter Dokumentation). Beispiele:

aa)

Insbesondere bei der Schulterentwicklung stellt die Rechtsprechung strenge Anforderungen, wenn es bei der Geburt zu einer Schulterdystokie (SD) kommt. Zu dokumentieren ist hier insbesondere, worin die **Schwierigkeiten der Schulterentwicklung bestanden und welche Maßnahmen in welcher Reihenfolge zu ihrer Beseitigung getroffen wurden** (OLG Oldenburg, NJW-RR 2015, 863, 865: 1. McRoberts-Manöver/ 2. Abstellen eines evtl. laufenden Wehentropfs/ 3. ggf. Wehenhemmung/Erweiterung der Episiotomie/ 4. ggf. suprasymphysärer Druck/ 4. Rubin-Manöver/Woods-Manöver; OLG Braunschweig, AHRS III, 2500/355: Manöver nach McRoberts, Woods und Martius zu dokumentieren; OLG Düsseldorf, AHRS III, 2500/354: durchgeführte Manöver nach McRoberts und Woods sowie Dammschnitt zu dokumentieren; OLG Karlsruhe, AHRS III, 6450/304: der bloße Hinweis auf eine „etwas schwierige Schulterentwicklung“ reicht nicht aus).

Sind die Maßnahmen nicht dokumentiert, kann das Gericht davon ausgehen, dass der Arzt die SD entweder nicht erkannt oder nicht ordnungsgemäß auf diese reagiert hat. Hieraus ist auch der **Schluss auf einen groben Behandlungsfehler** zulässig (OLG Oldenburg, NJW-RR 2015, 863, 864).

bb)

Regelmäßige und **sorgfältige Überwachung der Herztöne eines Kindes bei der Geburtsleitung, bei Versagen der CTG Dokumentation der Vornahme akustischer Kontrollen** (OLG Koblenz, MDR 1993, 324; OLG Düsseldorf, OLG-Report 2002, 291, 292; OLG Saarbrücken, AHRS III, 6450/329: gebotene Überwachung der Herzfrequenz in der 34. SSW bei vorzeitigem Blasensprung).

cc)

Art und Ablauf der Reanimation nach Atemstillstand des Kindes kurz nach der Geburt (OLG Köln, OLG-Report 2002, 113: die unverzügliche Einleitung von Wiederbelebungsmaßnahmen kann aber auch durch Zeugenaussagen bewiesen werden).

dd)

Schriftliche Bestätigung des vom Arzt gegebenen Hinweises auf eine **Versagerquote bei einer Sterilisation** (OLG Braunschweig, NJW-RR 2000, 235, 236; OLG Oldenburg, NJW-RR 2000, 240, 241: Beweislast für unterlassene Sicherheitsaufklärung liegt jedoch beim Patienten).

ee)

Weigerung der Patientin, eine Untersuchung vornehmen zu lassen, welche zur Abklärung einer Verdachtsdiagnose erforderlich ist, sowie der der Patientin erteilte Hinweis auf die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Untersuchung (BGH, NJW 1987, 1482; OLG Bamberg, NJW-RR 2005, 1266; OLG Düsseldorf, NJW-RR 2003, 1333: Weigerung, eine dringend indizierte Mammographie bzw. Biopsie durchführen zu lassen; OLG Karlsruhe, OLG-Report 2007, 258: Weigerung des Patienten, einen vom Arzt genannten Facharzt bzw. eine Fachklinik aufzusuchen).

ff)

Nicht dokumentiert werden müssen Routinemaßnahmen und standardisierte Zwischenschritte etwa bei einer Operation (OLG Koblenz, NJW-RR 2007, 405, 406) und Selbstverständlichkeiten wie die Durchführung einer Blutstillung, die Vornahme von Desinfektionsmaßnahmen, die Durchführung einer Blutdruck- und Pulsmessung, wenn ein Normalbefund festgestellt wurde (OLG München, VersR 2007, 652, 653), alle Einzelbefunde einer Ultraschalluntersuchung, welche „o.B.“ war (OLG Naumburg, VersR 2008, 1073) und Details über die Versorgung eines Scheiden-Damm-Schnittes (OLG Braunschweig, NJW-RR 2000, 238).

B. Verkennung von Brustkrebserkrankungen

I. Interdisziplinäre S 3-Leitlinie

Die interdisziplinäre S 3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinom, Stand Juli 2012 (AWMF-Nr. 032-045 OL, Kurzversion/KV mit 104 Seiten, Langversion/LV mit 362 Seiten) sieht zur Diagnostik von Brustkrebserkrankungen im Wesentlichen Folgendes vor:

1.

Die Palpation sollte Frauen ab 30 Jahren jährlich angeboten werden (3.2/S. 23 Kurzversion, KV/S. 36 Langversion, LV).

2.

Als Patientin mit einem erhöhten Risiko für Brustkrebs gelten diejenigen mit einer **genetischen Vorbelastung in der Familie**, wenn

- mindestens drei Frauen an Brustkrebs erkrankt sind oder
- mindestens zwei Frauen an Brustkrebs erkrankt sind, davon eine vor dem 51. Lebensjahr oder
- mindestens eine Frau an Brustkrebs und eine Frau an Eierstockkrebs erkrankt war oder
- mindestens zwei Frauen an Eierstockkrebs erkrankt waren,
- mindestens eine Frau an Brust- und Eierstockkrebs erkrankt war,
- mindestens eine Frau mit 35 Jahren oder jünger an Brustkrebs erkrankt ist,
- mindestens eine Frau mit 50 Jahren oder jünger an bilateralem Brustkrebs erkrankt ist,
- mindestens ein Mann an Brustkrebs und eine Frau an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt sind,

- wenn eine Mutation in den Genen BRCA 1 oder BRCA 2 festgestellt wurde (dann Behandlung in spezialisierten Zentren) (LV 3.3.1, S. 42 und 3.3.1.2, S. 43).

3.

Als **notwendige Basisuntersuchungen bei Patientinnen mit auffälligen bzw. suspekten Befunden der Mamma** gelten grundsätzlich (vgl. LV 4.2.1, S. 54 und LV 3.3.1.3, S. 45)

- die klinische Untersuchung, **Inspektion, Palpation der Brust** und der Lymphabflussgebiete,
- bei Patientinnen mit hohem familiären Risiko Tastuntersuchung der Brust ab dem 25. Lebensjahr oder 5 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter in der Familie alle 6 Monate,
- **Sonographie der Brust bei Patientinnen mit hohem familiärem Risiko ab dem 25. Lebensjahr alle 6 Monate,**
- **Mammographie, bei Patientinnen mit hohem familiärem Risiko ab dem 30. Lebensjahr alle 12 Monate,**
- **bei Patientinnen mit hohem familiärem Risiko MRT der Brust ab dem 25. Lebensjahr bzw. 5 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter in der Familie alle 12 Monate, in der Regel bis zum 55. Lebensjahr (3.3.1.3).**

4.

Ergibt die klinische **Brustuntersuchung einen auffälligen Befund**, soll die Diagnostik durch bildgebende Verfahren (Sonographie, Mammographie, MRT) und ggf. eine histologische Untersuchung komplettiert werden (4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, KV S. 28, LV S. 54 – 61).

a)

Bei symptomatischen Befunden soll bei Frauen unter 40 Jahren die **Sonographie** als bildgebende Methode der ersten Wahl durchgeführt werden (4.2.1).

b)

Bei klinisch auffälligem Befund soll bei Frauen ab dem 40. Lebensjahr die **Mammographie** erfolgen (4.2.2.1, LV S. 55).

c)

Bei hoher mammographischer Dichte (ACR III und IV) soll eine **ergänzende Sonographie** durchgeführt werden (4.2.1, LV S. 55).

d)

Die **Sonographie** soll insbesondere zur Abklärung klinisch nicht tastbarer, mammographischer Befunde bei BI-RADS 0, III, IV und V eingesetzt werden (4.2.2.2).

e)

Routinemäßig soll ein Kontrast-MRT der Mamma zur prätherapeutischen Diagnostik nicht durchgeführt werden (4.2.4.3, LV S. 56). Ein KM-MRT ist nur bei Frauen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko und für das lokale Staging bei lobulären Mammakarzinomen indiziert (3.3.1.3, 4.2.2.3).

f)

Die histologische Diagnostik **suspekter, abklärungsbedürftiger Befunde** soll durch Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie oder offene Exzisionsbiopsie erfolgen (4.2.3, KV S. 30, LV S. 57 – 59).

g)

Die Feinnadelaspiration soll nicht als Standardmethode zur Diagnosesicherung von Mammatumoren eingesetzt werden (4.2.3, KV S. 31, LV S. 57 – 59).

Bei Vorliegen von Mikrokalk oder begleitenden Herdbefund soll die stereotaktisch gesteuerte **Vakuumbiopsie** erfolgen (4.2.3, KV S. 31, LV S. 57).

Bei histopathologisch benignem Befund nach BI-RADS IV oder V sollte **einmalig die bildgebende Kontrolle nach 6 – 12 Monaten** erfolgen (4.2.3.1, LV S. 58).

II. Behandlungsfehler bzw. grobe Behandlungsfehler bejaht

1.

Ein grober Behandlungsfehler eines Gynäkologen liegt vor, wenn er einer Patientin, der es auf die **Minimierung jedweden Brustkrebsrisikos ankam** bzw. einer **Risikopatientin** kein nach der geltenden S 3-Leitlinie vorgesehenes Mammographiescreening empfiehlt und ihr zudem ein Medikament (hier: Liviella) verordnet, das geeignet ist, das Brustkrebsrisiko zu erhöhen (OLG Hamm, GesR 2013, 660, 661 = MedR 2014, 103, 104).

Wird ein Mammakarzinom aufgrund des groben Behandlungsfehlers ca. **zwei Jahre verspätet diagnostiziert**, ist es jedenfalls **nicht „äußerst unwahrscheinlich“**, dass sich bei rechtzeitiger Diagnose noch keine Metastasen gebildet hätten, die Operation geringer ausgefallen wäre, etwa wenn man dann nur einen Wächterlymphknoten anstatt insgesamt vier befallener Lymphknoten hätte entfernen müssen und der Patientin die Chemotherapie erspart geblieben wäre. Es ist auch nicht „äußerst unwahrscheinlich“, dass sich bei rechtzeitiger Diagnose eine deutlich günstigere Prognose für die 5-Jahres-Überlebensrate bzw. für das Auftreten eines Rezidivs ergeben hätte (OLG Hamm, MedR 2014, 103, 104: Schmerzensgeld 20.000,00 €, OP und Strahlentherapie waren ohnehin erforderlich, insoweit lag ein „äußerst unwahrscheinlicher Kausalzusammenhang“ vor).

2.

Wird innerhalb kurzer Zeit eine **stark wachsende, unscharf begrenzte, verhärtete Struktur in einer Brust** festgestellt (hier: Wachstum von 7 mm auf 13 mm innerhalb von 4 Monaten) und haben eine Mammographie sowie eine Mammasonographie keinen eindeutigen Befund ergeben, ist eine histologische Abklärung durch Stanz- oder Feinnadelbiopsie zwingend geboten. Die Verzögerung der Untersuchung um ca. 20 Monate stellt einen **groben Behandlungsfehler** in Gestalt der Unterlassung einer notwendigen Befunderhebung dar (OLG Jena, VersR 2008, 401, 403 = GesR 2008, 49, 50 ff.).

3.

Es ist **grob fehlerhaft**, einen suspekten Tastbefund (hier: Knoten in der rechten Brust und weiterer Knoten in der rechten Achselhöhle) nicht auf die Verdachtsdiagnose eines Mammakarzinoms abzuklären und sich damit zu begnügen, lediglich eine Ultraschalluntersuchung durchzuführen und „Zysten“ zu diagnostizieren. Es war auch **nicht äußerst unwahrscheinlich**, dass der Tod der Patientin bei rechtzeitiger, zutreffender Diagnose eines Mammakarzinoms und einer ca. sechs Wochen früher durchgeführten Operation vermieden worden wäre (OLG Hamm, AHRS III, 1942/305: schnell wachsender Tumor, Wahrscheinlichkeit eines besseren outcome bei Meidung des Todes der Patientin lag bei mehr als 10%).

II. Behandlungsfehler bzw. Haftung verneint

1.

Einem Gynäkologen fällt **kein Behandlungsfehler** (hier: in der Form eines vorwerfbareren Diagnoseirrtums) zur Last, wenn er im Rahmen einer Brustkrebsvorsorge bei einer **40-jährigen Patientin, die keine Risikofaktoren aufweist** (keine Familienanamnese, Rauchen vor Jahren eingestellt) nach **unauffälligem, eigenem Tast- und Sonographiebefund keine weiteren Untersuchungen (Mammographie, nachfolgend Biopsie) veranlasst** und bei tatsächlich vorliegendem Mammakarzinom eine Mastopathie diagnostiziert. Hat der Gynäkologe auf der Grundlage seiner **noch vertretbaren Bewertung** gerade keine Veranlassung zu weiterer Befunderhebung, kommt auch keine Beweislastumkehr aus dem Gesichtspunkt der Rechtsfigur der „unterlassenen Befunderhebung“ in Betracht. Denn ein Diagnosefehler wird nicht dadurch zu einem Befunderhebungsfehler, dass bei objektiv zutreffender Diagnosestellung tatsächlich weitere Befunde zu erheben gewesen wären (OLG Hamm, Urt. v. 17.9.2013 – 26 U 88/12, juris, Nr. 20 – 24).

Unterläuft dem Gynäkologen ein **einfacher Behandlungsfehler (nicht mehr vertretbare Diagnose)**, indem er anstatt einem Mammakarzinoms eine Mastopathie diagnostiziert, haftet er nicht, wenn der Sachverständige ausführt, **eine um 3 – 8 Monate frühere Diagnosestellung hätte an dem weiteren Verlauf der Krebserkrankung voraussichtlich nichts geändert**, die Patientin hätte sich auch dann der Operation (Mastektomie), einer Chemotherapie und einer Bestrahlung unterziehen müssen (OLG Hamm, Urt. v. 17.9.2013 – 26 U 88/12, juris, Nr. 27). Bei der Annahme eines „**groben Behandlungsfehlers**“ hätte der Arzt allerdings den „äußerst unwahrscheinlichen Kausalzusammenhang“ (d.h. zu ca. 95 % im Wesentlichen gleicher Verlauf) beweisen müssen !

2.

Es liegt auch **kein Behandlungsfehler** vor, wenn ein Gynäkologe bei einer **keine besonderen Brustkrebsrisiken aufweisenden Patientin**, die sich über eine Zeitspanne von 18 Monaten vier Mal mit vermeintlich auffälligem Tastbefund der Brust vorstellt, jeweils **lediglich eine Palpation vornimmt**, diese nach Auffassung des vom Gericht beauftragten Sachverständigen in noch vertretbarer Weise als unauffällig befundet und davon absieht, eine Mammographie bzw. histologische Untersuchung von Gewebe zu veranlassen. Soweit von der Patientin Schmerzen und ein Jahr zuvor auch eine Rötung der Brust angegeben wurden, ist dies nicht typisch für einen bösartigen Tumor (OLG Koblenz, GesR 2014, 731, 732).

3.

Ein **als Behandlungsfehler vorwerfbarer Diagnoseirrtum** liegt dann vor, wenn die anfängliche Arbeitsdiagnose „Mastopathie“ nach Auftreten von Beschwerden nicht überprüft und keine Probeexzision vorgenommen wird. Wenn sich nach dem Vorliegen einer **Mammographie und eines Tastbefundes** keine Anhaltspunkte für einen bösartigen Tumor ergeben, liegt **jedenfalls kein grober Behandlungsfehler** vor (OLG Zweibrücken, VersR 1991, 427; OLG Stuttgart, VersR 1989, 295: Patientin konnte den Nachweis nicht führen, dass eine um mehrere Monate früher erfolgte Probeexzision zu einem für sie günstigeren Ergebnis geführt hätte).

4.

Empfiehlt der Radiologe eine weitere Mammographie in etwa 9 Monaten, so ist der behandelnde Gynäkologe bei negativer Mammographie, zuvor unverdächtigem Tastbefund und beim Fehlen sonstiger Anzeichen für einen vorhandenen Knoten **nicht verpflichtet, die Patientin zu einem früheren Termin, etwa bereits nach 2 bis 3 Monaten, zu einer Kontrolluntersuchung einzubestellen** (OLG München, OLG-Report 2003, 7, 8).

Anders ist es jedoch, wenn der Radiologe bei einer „**High-Risk-Patientin**“ mit fibrozystischer Mastopathie (vorhandene 1 bis 2 cm große Zysten bei bislang festgestelltem gutartigem Befund) eine engmaschige Untersuchung empfohlen hat und sich die Patientin vor dem eigentlichen Untersuchungstermin mit dem Hinweis auf einen schmerzhaften Knoten in der Brust beim Gynäkologen vorstellt. Kann der Gynäkologe palpatorisch keine Veränderung bzw. keinen eindeutig gutartigen Befund feststellen, so hat er die Patientin zur weiteren Abklärung **innerhalb von 4 – 6 Wochen wieder einzubestellen und spätestens dann eine Probeexzision zu veranlassen, wenn sich die Beschwerden nicht gebessert haben** (LG Stuttgart, Urt. v. 15.6.2004 – 20 O 506/00, S. 15/16).

C. Behandlungs- und Aufklärungsfehler im Zusammenhang mit einem Geburtsvorgang

I. Aufklärungsfehler

Anders als beim Behandlungsfehler muss der Arzt bei Geltendmachung der Aufklärungsrüge beweisen, dass er ein Aufklärungsgespräch über Risiken und ernsthafte Behandlungsalternativen geführt hat.

In einer **normalen Entbindungssituation** muss der Arzt grundsätzlich nicht auf die Möglichkeit einer Sectio hinweisen. Eine Aufklärung ist jedoch erforderlich und muss dann bereits zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, in dem sich die Patientin noch in einem Zustand befindet, in welchem diese Problematik mit ihr besprochen werden kann, wenn sich **eine Risikogeburt konkret abzeichnet bzw. wenn dem Kind bei Durchführung oder Fortsetzung einer vaginalen Entbindung ernst zu nehmende Gefahren drohen** und die Sectio unter Berücksichtigung der Konstitution der Mutter eine medizinisch verantwortbare Alternative darstellt (BGH VersR 2011, 1146, Nr. 10, 11; BGH NJW 2004, 3703, 3704).

Eine solche Konstellation ist etwa dann gegeben, wenn bei einer bereits deutlich verlängerten Geburtsdauer eine Serie von **mindestens drei Dezelerationen der fetalen Herzfrequenz** mit einer Gesamtdauer von knapp 10 Minuten aufgetreten und ein erster Versuch einer Vakuumextraktion misslungen ist (BGH VersR 2011, 1146, Nr. 11, 13, 15, 16). Eine „**vorsorgliche Aufklärung**“ der werdenden Mutter, bevor etwa nach Durchführung einer Ultraschalluntersuchung ein konkreter Anlass hierzu besteht, ist jedoch nicht erforderlich (OLG Bamberg VersR 2009, 259; OLG Karlsruhe OLG-Report 2005, 273, 274).

1. Aufklärungspflicht bejaht

a)

Wenn die Sectio im konkreten Fall eine ernsthaft in Betracht zu ziehende Alternative ist (**z.B. Beckenendlage, Missverhältnis zwischen Kindsgröße und mütterlichem Becken, übergroßes Kind: voraussichtliches Geburtsgewicht über 4.500 g**, erhebliche, weit überdurchschnittliche Gewichtszunahme von mehr als 12 kg) hat der Geburtshelfer auf die bestehende oder sogar primär indizierte **Möglichkeit einer Sectio hinzuweisen** (OLG Koblenz, Urt. v. 12.3.2014 – 5 U 854/13, juris, Nr. 12 – 17: Gewichtszunahme über 18 kg muss aber nicht zwingend Veranlassung für eine Sectio sein; OLG Naumburg, Urt. v. 10.4.2014 – 1 U 77/13, juris, Nr. 54, 67: schwere Adipositas der Mutter steht in der Regel einer Indikation für die Sectio entgegen).

b)

Beträgt das geschätzte **Geburtsgewicht mehr als 4.500 g**, wobei weitere Risikofaktoren hinzukommen, muss die werdende Mutter auf die **Möglichkeit einer Sectio hingewiesen** werden (OLG München, OLG-Report 2007, 266, 269: **mehr als 4.500 g zu erwarten, erhebliches Übergewicht der Mutter, Gestose, Aufklärungspflicht im konkreten Fall aber verneint**; OLG Düsseldorf, OLG-Report 2009, 137, 138: geschätztes Gewicht 4.000 g, Geburtsgewicht 4.800 g, Gewichtszunahme 17 kg, Gestationsdiabetes in der Schwangerschaft, Klage im entschiedenen Fall abgewiesen; BGH, NJW 1993, 1524: **geschätztes Geburtsgewicht 4.200 g, die Mutter hat zuvor ein Kind mit 4.200 g nach einer Sectio bei eingetretenem Geburtsstillstand geboren, erhebliche Anzeichen für ein relatives Kopf-Becken-Missverhältnis, Aufklärungspflicht bejaht**).

Ergibt sich aus den Behandlungsunterlagen oder den Angaben der werdenden Mutter, dass es **schon bei einer früheren Geburt zu einer SD gekommen** ist, muss die Patientin auch auf das erhöhte Wiederholungsrisiko (ca. 20 %) hingewiesen werden. Wurde eine Sectio angeraten und lehnt die Schwangere dies zunächst ab, muss die **Beratung ausführlich sein und dokumentiert werden**. Andernfalls ist davon auszugehen, dass die Aufklärung nicht erfolgt ist, der Eingriff ist dann rechtswidrig (OLG Hamm, Urt. v. 11.4.2014 – 26 U 6/13, juris, Nr. 28 – 30).

c)

Besteht eine **Beckenendlage, ggf. mit weiteren Risikofaktoren, muss die Aufklärung erfolgen** (OLG Nürnberg, VersR 2009, 71, 72: bereits beim bloßen Bestehen einer BEL; OLG Frankfurt, NJW-RR 2005, 1171, 1172: BEL und geschätztes Geburtsgewicht von mehr als 4.000 g).

2. Aufklärungspflicht verneint

Allein der Umstand, dass ein „großes Kind“ mit 4.000 g zu erwarten ist, stellt noch keine Indikation für eine Sectio dar. Vielmehr besteht eine Aufklärungspflicht nur dann, wenn entweder ein **„übergroßes Kind“ mit 4.500 g oder mehr zu erwarten ist und/oder wenn bei geschätzten ca. 4.000 g weitere Risikofaktoren hinzutreten** (BGH, VersR 2004, 645, 647: großes Kind über 4.000 g allein keine Indikation zur Sectio; OLG Düsseldorf, VersR 2003, 114, 115: weniger als 4.500 g; OLG Stuttgart, Urt. v. 25.5.2004 – 1 U 5/04, S. 9: Schätzwert ca. 4.000 g, tatsächliches Gewicht 4.640 g, keine Aufklärungspflicht; OLG Naumburg, Urt. v. 10.4.2014 – 1 U 77/13, juris, Nr. 56: erst bei zu erwartenden 4.500 g und mehr, nicht bereits bei schwerer Adipositas der Mutter, BMI über 35).

II. Behandlungsfehler

1. Behandlungsfehler bzw. Haftung im Zusammenhang mit einer Geburt bejaht

a.

Ein „**grober Behandlungsfehler**“ liegt in der „Gesamtschau“ vor, wenn auf pathologische Herzfrequenzabfälle im CTG, die sich ca. 40 Minuten später wiederholen, eine zunächst vorgesehene MBU nicht durchgeführt, anschließend mit ca. 25 Minuten zu viel Zeit in eine Spontangeburt des Kindes investiert und danach die Entwicklung des Kindes unter Kristellerhilfe im Kreißbett unternommen wird und sich hieraus letztlich eine **Verzögerung der indizierten, raschen Geburtsbeendigung von jedenfalls mehr als 40 Minuten** ergibt (OLG Hamm, GesR 2014, 714).

b.

Sind die beim Auftreten einer SD zu treffenden Maßnahmen (McRoberts-Manöver/Abstellen eines evtl. laufenden Wehentropfs/Erweiterung der Episiotomie /ggf. suprasymphysärer Druck/Rubin-Manöver/Woods-Manöver) nicht dokumentiert, kann das Gericht davon ausgehen, dass die **Maßnahmen nicht ergriffen worden sind. Dies indiziert einen groben Behandlungsfehler. Es wird dann vermutet, dass der grobe Behandlungsfehler für das Auftreten der SD und die nachfolgende Plexuslähmung ursächlich geworden ist** (OLG Oldenburg, NJW-RR 2015, 863, 864).

Der Behandlungsseite bleibt es aber unbenommen, den Nachweis zu führen, dass die gebotenen Maßnahmen durchgeführt worden sind bzw. dass während der Geburt lediglich ein tiefer Schulterquerstand vorlag, bei dem die Kristellerhilfe sachgerecht gewesen wäre (OLG Oldenburg, AHRS III, 6450/344: Der Nachweis wurde von der Behandlungsseite im entschiedenen Fall aber nicht geführt).

c.

Bei suspektem und **zeitweise pathologischem Aufzeichnungsverlauf ist das Unterlassen einer erforderlichen internen Ableitung der Herztöne des Kindes spätestens 10 Minuten nach Vorliegen der ersten Aufzeichnungen grob fehlerhaft.** Bei einem suspekten CTG-Verlauf (hier: mittelschwere bis schwere variable Dezeleationen) besteht die Indikation zur Durchführung einer MBU (OLG Düsseldorf, AHRS III, 1955, 314; auch OLG Karlsruhe, AHRS III, 1955/310).

Zeigt das CTG für **zwei Stunden mehrmals kritische Abfälle der Herzfrequenz** des Kindes und versäumt es der geburtsleitende Arzt, eine Blutgasanalyse durchzuführen, liegt ebenfalls ein grober Behandlungsfehler vor (OLG Koblenz, VersR 2008, 222).

d.

Wird bei pathologischen CTG-Werten bei Unterlassung der an sich gebotenen Mikroblutuntersuchung die Geburt um **23 Minuten verzögert, liegt ein grober Behandlungsfehler vor** (OLG Hamm, Urt. v. 16.5.2014 – 26 U 178/12, juris, Nr. 30, 31, 37, 39, 41: **Verzögerung von 23 Minuten**; OLG München, Urt. v. 23.12.2011 – 1 U 3410/09, juris, Nr. 5, 80, 103, 107, 108, 112: **Notsectio um 19 Minuten verspätet, grob fehlerhaft**; OLG Köln, GesR 2012, 18: Verzögerung einer vaginal-operativen Entbindung bei hochpathologischem CTG über **15 Minuten noch nicht grob fehlerhaft**; OLG Schleswig, VersR 1994, 310: Verzögerung des Entschlusses zur Sectio um **25 Minuten grob fehlerhaft**; OLG Schleswig, OLG-Report 2005, 273, 274: einstündige Nichtreaktion auf länger andauerndes, **über 30 Minuten hochpathologisches CTG grob fehlerhaft**).

2. Behandlungsfehler bzw. Haftung im Zusammenhang mit einer Geburt verneint

a.

Wird die gebotene Indikationsstellung für eine Notsectio um 20 Minuten verzögert, weil sich der Geburtshelfer **entschlossen hat, zuvor einen vaginal-operativen Entbindungsversuch zu unternehmen**, der nach den einschlägigen Leitlinien in der als schwierig zu bewertenden Situation unterbleiben sollte (also behandlungsfehlerhaft war), liegt jedenfalls **kein grober Behandlungsfehler** vor (OLG Köln, Urt. v. 15.5.2013 – 5 U 138/12, MedR 2014, 158).

b.

Wird die **EE-Zeit von 20 Minuten eingehalten**, liegt regelmäßig kein Behandlungsfehler vor (OLG München, Urt. v. 8.5.2014 – 1 U 4249/13, juris, Nr. 74, 78; OLG Koblenz, GesR 2009, 198, 200: Überschreitung der EE-Zeit von 20 Minuten um 8 Minuten bei einer Notsectio in einem kleineren Krankenhaus kein Behandlungsfehler).

Im Einzelfall kann aber ein Organisationsfehler vorliegen, wenn sich die Erforderlichkeit einer Sectio abzeichnet und **keine Sectiobereitschaft angeordnet** wird.