

1. OLG Frankfurt: Notwendigkeit der Überweisung in ein Perinatalzentrum bei drohender Frühgeburtlichkeit in der 24. Schwangerschaftswoche

2. OLG Köln: Aufklärung über Behandlungsalternativen (Cerclage) bei Frühgeburtsbestrebungen in der 26. Schwangerschaftswoche

Heute möchte ich Ihnen 2 neueste Urteile aus unserer Praxis vorstellen. Im Fall des OLG Frankfurt handelt es sich um die Beurteilung der Vorgehensweise eines niedergelassenen betreuenden Frauenarztes bei erkennbarer Frühgeburtsbestrebung der Mutter und nicht rechtzeitiger Einweisung in ein Perinatalzentrum. Im Fall des OLG Köln handelte es sich um die Frage, ob bei stationärer Betreuung und Frühgeburtsbestrebung in der 26. Schwangerschaftswoche die Patientin über die Alternative einer Cerclage gegenüber einer rein konservativen Behandlung mit Ruhigstellung der Schwangeren aufgeklärt werden muss.

I. Fall des OLG Frankfurt (OLG Frankfurt, 8 U 184/09, Urt. vom 01.11.2011)

Nachdem die 1. Instanz verloren ging, hat das OLG den beklagten niedergelassenen Frauenarzt verurteilt, an den Kläger ein hohes Schmerzensgeld zu zahlen sowie festgestellt, dass für vergangene und zukünftige materielle Schäden und immaterielle Schäden gehaftet wird.

Die Mutter der Klägerin wurde während ihrer Schwangerschaft vom Beklagten betreut. Dieser diagnostizierte am 16.09.1996 eine unauffällige Schwangerschaft. Am 09.12.1996 (24. Schwangerschaftswoche) stellte der Beklagte fest, dass der Muttermund fingerdurchgängig war. Des Weiteren war die Portio auf 0,5 cm und die Zervixlänge auf 1,1 cm verkürzt. Er verordnete lediglich Magnesium und veranlasste die Wiedervorstellung der Schwangeren in einer Woche. Am 17.12.1996 stellte der Beklagte der Schwangeren eine Überweisung an das Klinikum ... aus. Die Überweisung erfolgte unter der Diagnose Zervix-Insuffizienz und Verdacht auf Hydramnion. Am 19.12. wurde die Klägerin aufgrund vaginaler Blutungen mit starken Schmerzen in die Städtischen Kliniken ..., einem Zentrum der Maximalversorgung, eingeliefert. Der Muttermund war vollständig geöffnet. Die Schwangere erhielt (insofern 20,5 Stunden vor der Geburt) hochdosierte wehenhemmende Medikamente und es wurde eine

Lungenreifetherapie eingeleitet. Am 20.12.1996 wurde die Klägerin in der 25. Schwangerschaftswoche mit einem Gewicht von weniger als 1.000 g extrem unreif geboren. Postpartal musste sie intubiert und behandelt werden, es stellte sich ein Atemnotsyndrom III. Grades sowie eine Hirnblutung Grad IV. ein. Die heute 14 Jahre alte Klägerin ist mehrfach schwerstbehindert und ist auf die Hilfe und Pflege Dritter zeitlebens angewiesen.

Erstinstanzlich ist geltend gemacht worden, dass die Frühgeburt und ihre darauf beruhende Gesundheitsschädigung bei sachgerechter Behandlung, respektive rechtzeitiger Einweisung in ein Perinatalzentrum vermieden worden wäre. Insbesondere hätte der Beklagte schon am 09.12. zur Diagnose einer drohenden Frühgeburt gelangen und die Schwangere einweisen müssen. Im Verlauf der stationären Behandlung wäre dann aufgrund einer Tokolyse die Schwangerschaft verlängert und insbesondere durch Gabe eines vollständigen Zyklus an Tokolyse das Kind in einem besseren Zustand geboren worden. Die Beklagten haben Behandlungsfehler bestritten. Das Landgericht hat nach mehrfacher Beratung und Anhörung des Gynäkologen Prof. Dr. Schmidt die Klage abgewiesen. Zwar sei die Nichteinweisung der Schwangeren in ein Krankenhaus am 09.12.1996 als Fehler zu qualifizieren, der einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfe, doch hätte die Frühgeburt bei ordnungsgemäßem Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht verhindert werden können, so dass die Klägerin beweisbelastet bleibe. Den ursächlichen Zusammenhang zwischen Fehlverhalten und Gesundheitsschaden habe sie nicht nachweisen können.

Exkurs – zur Erklärung: Bei einem einfachen Behandlungsfehler bleibt der Patient beweisbelastet für die Kausalität, d. h. er muss beweisen, dass der Behandlungsfehler den konkret behaupteten Schaden auch verursacht hat. Dies ist in aller Regel gerade im Arzthaftungsrecht und insbesondere noch bei geburtshilflichen Schadensfällen sehr schwierig. Bei einem groben Behandlungsfehler indes kommt es zu einer Umkehr der Beweislast bezüglich der Kausalität und es ist nun Sache des Arztes zu behaupten und zu beweisen, dass eine Schadensverursachung gänzlich ausgeschlossen ist. Ein grober ärztlicher Behandlungsfehler liegt vor, wenn eine derart drastische Standardunterschreitung vorliegt, die einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Wenn ein solcher grober Fehler fest steht, dann vermag diese grob fehlerhafte ärztliche Behandlung hinsichtlich der Kausalität für den Gesundheits-

schaden des Patienten auch dann in vollem Umfang zu einer Beweislastumkehr zu Lasten der Arztseite führen, wenn zwar eine alleinige Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers äußerst unwahrscheinlich ist, diese aber zusammen mit anderen Ursachen den Gesundheitsschaden herbeigeführt haben kann und eine solche Mitursächlichkeit nicht äußerst unwahrscheinlich ist (BGH, Urt. v. 01.10.1996, VI ZR 10/96, Juris).

Im vorliegenden Fall war es so, dass die Erstrichter die Frage bezüglich der Kausalität falsch gestellt haben. Sie haben nicht gefragt, ob jegliche Mitverursachung gänzlich ausgeschlossen ist, sondern sie haben sich aufgrund der Äußerungen des gerichtlichen Gutachters, der festgestellt hat, dass eine Schwangerschaftsverlängerung über 2 Tage hinaus höchst unwahrscheinlich ist, dazu verleiten lassen, einen groben Behandlungsfehler letztendlich bezüglich der Kausalität zu verneinen.

Dies hat das OLG durch Einholung weiterer Gutachten und Vertiefung sowohl der Sach- und Rechtslage anders gesehen und zwar wie folgt:

Das OLG gelangt zunächst ebenfalls zu der Einschätzung eines groben Fehlers, weil der Beklagte die Schwangere am 09.12.1996 nicht in ein für die Versorgung von Frühgeburten speziell ausgerüstetes Perinatalzentrum eingewiesen hat. Dieses Versäumnis stellt sich aus objektiver Sicht als unverständliches Fehlverhalten dar, das einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf. Mit der Bewertung des Behandlungsfehlers als grob wird zu Lasten des Beklagten der Kausalzusammenhang zwischen Fehler und Primärschaden der frühen Frühgeburt am 20.12.1996 mit den einhergehenden typischen Unreifeschäden des Atemnotsyndroms und der Hirnblutung angenommen. Der Umkehr der Beweislast steht nicht entgegen, dass aufgrund konkreter Umstände die Verknüpfung des Fehlers mit dem Schaden äußerst unwahrscheinlich ist. Diese Überzeugung von dieser zur Beweislast der Beklagten stehenden äußersten Unwahrscheinlichkeit konnte der Senat nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht gewinnen.

Hierbei standen 2 Behandlungsvorgänge zur Beurteilung. Zum einen die Frage, ob eine frühzeitigere Tokolyse die Schwangerschaft verlängert hätte mit der Folge, dass dem Kind eine weitere Reifungsmöglichkeit und damit eine Reduktion der Risiken der

Frühgeburtlichkeit erspart geblieben wäre und zum anderen die Frage, ob eine vollständige Lungenreifebehandlung über einen Zeitraum von 48 Stunden dem klägerischen Kind einen Vorteil gebracht hätte.

Aufgrund der Beweisaufnahme stellt der Senat fest, dass eine frühzeitigere Tokolyse nach dem Ergebnis der gutachterlichen Anhörung Prof. Dr. Schmidt nicht länger als 2 Tage zur Verlängerung der Schwangerschaft geführt hätte und diese Verlängerung der Schwangerschaft um 2 Tage keine Änderung des Resultates aufgrund der Frühgeburtlichkeit nach sich gezogen hätte. Insofern hat der Beklagte den Beweis erbracht, dass eine Verlängerung um 2 Tage dem Kind keinen Vorteil gebracht hätte.

Anders indes liegt die Sache bei der Frage, ob eine vollständige Lungenreifebehandlung dem Kind einen Vorteil gebracht hätte. Hierzu führt der Senat aus:

Die Überzeugung, dass die Verknüpfung des Fehlers mit dem Schaden deshalb äußerst unwahrscheinlich ist, weil ein inkompletter (vorgenommener) Behandlungszyklus genauso wirksam ist wie ein kompletter, konnte der Senat nicht gewinnen. Aussagekräftige Studien belegen, dass gerade ein kompletter Behandlungszyklus über 48 Stunden dem Kind einen Vorteil bringt. Danach können extrem Frühgeborene von einer inkompletten antenatalen Kortikoid-Gabe zur Förderung der Lungenreife zwar profitieren, ein kompletter Zyklus indes führt zu weiteren Vorteilen und insbesondere zu einer Reduktion von intraventrikulären Hirnblutungen sowie respiratorischen Störungen, entfaltet somit einen protektiven Effekt. Besonders sehr unreife Kinder profitieren von einem kompletten Behandlungszyklus (über 48 Stunden). Aufgrund zweier Studien konnte gezeigt werden, dass bei sehr kleinen Frühgeborenen (unter 1.000 Gramm bzw. unter 29. Schwangerschaftswoche) wie hier die Hirnblutungsrate durch einen kompletten, im Vergleich zu einem inkompletten Behandlungszyklus signifikant weiter gesenkt werden konnte. Dieser positive Effekt des kompletten antenatalen Behandlungszyklus deckt sich mit den klinischen Erfahrungen des neonatologischen Sachverständigen und überzeugte den Senat.

Dieser vom Senat eingeschaltete neonatologische Sachverständige hat gegenüber dem von den Erstrichtern beauftragten Prof. Dr. Schmidt ergänzende und überzeu-

gendere Ausführungen bezüglich des protektiven Effektes einer kompletten Lungenreifeprophylaxe dargestellt.

Der Fall wurde also gewonnen, weil bei Annahme eines groben Behandlungsfehlers die Gegenseite nicht beweisen konnte, dass bei einem kompletten Behandlungszyklus zur Förderung der Lungenreife (48 Stunden statt der durchgeführten 20 Stunden) das Kind keinen Vorteil davon gehabt hätte.

Dieser Fall zeigt, auf welchem schmalen Grat man sich im Arzthaftungsrecht und gerade auch im geburtshilflichen Schadensrecht zwischen Prozessgewinn und Prozessverlust bewegt. Hier kommt es entscheidend darauf an, dass sowohl die Rechtsprechungsgrundsätze als auch die medizinischen Umstände und Erfordernisse vom bearbeitenden Anwalt vollständig durchdrungen werden, damit der Vortrag in die richtige Richtung geht.

Hinsichtlich der Höhe des Schmerzensgeldes ist das OLG Stuttgart eher restriktiv. Leider lässt das OLG zur Begründung zur Höhe des Schmerzensgeldes im Wesentlichen vermissen. Zwar werden die konkreten Schäden der Klägerin ausführlich referiert. Sie leidet an Partial-Epilepsie, ataktischer Cerebralparese, schwerer rechtskonvexer Skoliose, Kontrakturen der Hüfte und endgradiger Beugekontraktur. Es besteht eine deutliche Visuseinschränkung, Gesichtsfeldeinschränkung rechts, Ataxie, schwere Wahrnehmungsstörungen sowie mentale Retardierung im Sinne einer geistigen Behinderung. Die Klägerin ist auf einen Rollstuhl angewiesen. Die Bewegungen aus oder in den Rollstuhl sind nur mit Hilfe möglich. Sie bedarf in allen Lebenslagen der Hilfe oder der Aufsicht. Die Klägerin besucht eine Schule für Körperbehinderte. Sie kann nicht lesen und nicht schreiben, rechnen nur im Zahlenraum bis 10 und ihr Sprechen ist deutlich verlangsamt. Eine Teilnahme am sozialen Leben ist der Klägerin unmöglich. Der gesamte Lebensweg der Klägerin ist und wird von ihrer Behinderung geprägt sein. Die individuellen Entfaltungsmöglichkeiten eines gesunden Menschen werden ihr verschlossen bleiben. Sie wird kein eigenständiges, selbstbestimmendes Leben führen können, einen Beruf erlernen oder eine Familie gründen können. Nachdem der Senat die Beschreibung des körperlichen und geistigen Zustandes festgestellt hat, wird zur Begründung der Höhe lediglich festgestellt:

Insgesamt bemisst sich das Schmerzensgeld damit im oberen Rahmen der in etwa vergleichbaren Fällen zuerkannten Entschädigungsbeträge, mithin in Höhe von 250.000,00 €.

Diese apodiktische Feststellung ohne weitere Begründung ist misslich, da bei Schwerstschäden in der Regel Beträge von 500.000,00 € ausgereicht werden und im Übrigen das Gericht begründen muss, warum es hier konkret weit unterhalb dessen bleibt. Die Beschreibung der körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen der Klägerin lässt eher vermuten – und dies ist auch unsere Auffassung –, dass ein höheres Schmerzensgeld gerechtfertigt wäre.

Wichtig ist noch zu erwähnen, dass das Schmerzensgeld nebst 5 Prozent Zinsen über dem Basissatz seit dem 01.04.2006 zu zahlen ist, nämlich dem Zeitpunkt, zu dem sich die Gegenseite außergerichtlich in Verzug befand. Wir achten darauf, dass möglichst frühzeitig in Form des Anspruchsschreibens auch ein entsprechendes Schmerzensgeld gefordert wird und die Gegenseite aufgefordert wird, die Haftung dem Grunde nach anzuerkennen und das Schmerzensgeld zu zahlen, in der Regel innerhalb der nächsten 6 Wochen, d. h. bis spätestens zu einem Stichtag, der einem Zeitraum von 6 Wochen entspricht. Danach gerät die Gegenseite in Verzug. Wenn später Klage erhoben wird, ist ab diesem Verzugszeitpunkt auch der Zinsanspruch gerechtfertigt.

Exkurs: In einem anderen Fall hatte der Anwalt zunächst in einem geburtshilflichen Schadensfall die Eltern klagen lassen, nicht etwa das Kind, vertreten durch die Eltern. Er hat auch kein Schmerzensgeldkapital beantragt, sondern zunächst eine Schmerzensgeldrente. Anlässlich der letzten mündlichen Verhandlung hat dieser Anwalt klargestellt, dass die von ihm beantragte Schmerzensgeldrente nicht Schmerzensgeldrente, sondern materieller Schaden sein soll, also die Mehrbedarfsrente erfasst. Diese indes ist in keiner Weise begründet worden. Abgesehen davon, dass bundesweit völlig klar ist, dass das Kind als Anspruchsinhaber vertreten durch die Eltern klagen muss, soweit es noch nicht volljährig ist, ist natürlich auch klar, dass ein Schmerzensgeldkapitalbetrag zu beantragen ist und nicht eine Schmerzensgeldrente. Wenn dann noch später in der mündlichen Verhandlung klargestellt wird, dass diese Rente nicht Schmerzensgeldrente, sondern Mehrbedarf sein soll, dieser indes

nicht begründet wird, kann man vor dieser anwaltlichen Bearbeitung nur die Hände über dem Kopf zusammenschlagen. Nachdem wir die Sache übernommen haben, konnten wir in der einen oder anderen Richtung den Scherbenhaufen zusammenkehren. Allerdings wird der Zinsverlust für den Fall, dass wir den Prozess gewinnen, wegen der Nichtbeantragung eines Kapitalbetrages nebst 5 Prozent Zinsen zumindest hier seit Rechtshängigkeit, einen Regressanspruch gegenüber dem vormals tätigen Anwalt rechtfertigen.

Es wird deutlich, dass geburtshilfliche Schadensfälle innerhalb des allgemeinen Arzthaftungsrechtes eine besondere Stellung einnehmen. Dies gilt sowohl für die Komplexität der medizinischen Zusammenhänge als auch insbesondere für die erforderliche Kenntnis der Rechtsprechungsgrundsätze. Es sollten deshalb nur solche Anwälte mandatiert werden, die nachweisen können, dass sie insbesondere auch bei geburtshilflichen Schadensfällen über einen großen Erfahrungsfundus verfügen. Im Anbahnungsgespräch sollten Fragen gestellt werden, wie viele Fälle der Anwalt schon bearbeitet hat und wie lange er schon im Arzthaftungsrecht, insbesondere mit geburtshilflichen Schadensfällen, tätig ist. Hier reichen im Übrigen aus diesseitiger Sicht ein paar bearbeitete geburtshilfliche Schadensfälle nicht aus. Näheres hierzu kann auf meiner Website (www.korioth.de) in Erfahrung gebracht werden.

II. Zum zweiten Fall:

Hier hatte das OLG Köln einen Fall zu beurteilen, wo es im Wesentlichen darum ging, ob eine Cerclage, also ein Verschluss des Muttermundes, im Vergleich zur konservativen Behandlung mit Ruhigstellung der Schwangeren eine echte Behandlungsalternative darstellt und nicht bloß eine im Ermessen des Arztes stehende Behandlungsmethode.

Zum Sachverhalt:

Die Mutter des Klägers begab sich am 17.05.1993 in der 26. Schwangerschaftswoche auf Überweisung des sie während der Schwangerschaft betreuenden niedergelassenen Frauenarztes mit der Diagnose vorzeitiger Wehentätigkeit und Zervix-Insuffizienz in die stationäre Betreuung. Als Therapieempfehlung stand auf der

Überweisung „Tokolyse und Cerclage“. In der Frauenklinik erfolgte der für eine solche drohende Frühgeburtlichkeit zunächst übliche Behandlungsablauf. Es erfolgte die Anordnung einer intravenösen Tokolyse sowie die Fortsetzung der Celestan-Prophylaxe. Am 18.05.1998 wurde die Mutter des Klägers dem Beklagten zu 2) zur Klärung der Indikation zur Cerclage vorgestellt. Die Dosis der Tokolyse wurde wegen schlechter Verträglichkeit reduziert. Von einer Cerclage wurde wegen Polyhydramnie und fraglicher Minusdiskrepanz abgesehen. Bis zum 30.05.1993 hielt die Patientin strikte Bettruhe. Als sich dann der Muttermund vollständig eröffnet hatte, wurde sie in den Kreißsaal verlegt und durch Kaiserschnitt vom Kind entbunden. Wir haben dem Beklagten vorgeworfen, am 17.05.1993 und in den Folgetagen behandlungsfehlerhaft von einem operativen Cervix-Verschluss abgesehen zu haben. Dieser sei nicht kontraindiziert gewesen, insbesondere habe sich keine Kontraindikation aus einer vaginalen Infektion ergeben. Wäre die Cerclage durchgeführt worden, dann hätte sich die Tragzeit verlängert und das Kind wäre nicht als Frühgeburt mit der Folge von Hirnblutungen und den weiteren Folgen belastet gewesen. Insbesondere hätten sich nicht die typischen Folgen der Frühgeburtlichkeit eingestellt.

Das Kind ist schwerbehindert. Aufgrund der Frühgeburtlichkeit kam es zu einer Hirnblutung. Das Kind leidet unter erheblichen Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit, der Wahrnehmung und Orientierungsfähigkeit sowie der Motorik. Weiter ist es inkontinent und sprachlich eingeschränkt. Das Kind wird zeitlebens auf die Hilfe und Pflege Dritter angewiesen sein.

Ferner haben wir die Aufklärungsrüge erhoben und geltend gemacht, dass es sich bei der Cerclage um eine aufklärungsbedürftige Behandlungsalternative gehandelt habe. Es obliege deshalb der Beklagten zu beweisen, dass der Behandlungsverlauf bei Durchführung einer Cerclage nicht nennenswert besser gewesen wäre.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Es hat Behandlungsfehler verneint und die Aufklärungsrüge mit der Begründung abgewiesen, dass keine echte Alternative bezüglich der Cerclage zu konstatieren sei.

Auf die Berufung ist der Senat des OLG Köln dem entgegengetreten und hat festgestellt, dass die Behandlung der Mutter des Klägers ab dem 24.05.1993 nicht mehr

von deren Einwilligung gedeckt und dementsprechend rechtswidrig war. Denn ab dem 24.05.1993 war eine Cerclage nicht mehr wegen der vorangegangenen Infektion kontraindiziert und stand als eine Behandlungsalternative zur Verfügung, über die die Mutter des Klägers hätte aufgeklärt werden müssen, damit sie eine eigenverantwortliche Entscheidung über ihre weitere Behandlung hätte treffen können. Eine entsprechende Aufklärung ist unstreitig nicht erfolgt. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist die Wahl der Behandlungsmethode zwar primär Sache des behandelnden Arztes, gibt es indessen mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden, die wesentlich unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen aufweisen, besteht mithin eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten, dann muss diesem nach entsprechender vollständiger ärztlicher Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, auf welchem Wege die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will. Ab dem 24.05.1993 stand die Cerclage als in dem vorgenannten Sinne echte und damit aufklärungsbedürftige Behandlungsalternative zu der bis dahin durchgeführten konservativen Behandlung zur Verfügung. Der Senat ist aufgrund der Feststellung des Sachverständigen davon überzeugt, dass es sich bei der Cerclage um eine echte und damit aufklärungsbedürftige Behandlungsalternative gehandelt hat. Denn aufgrund der Feststellungen des Sachverständigen ist davon auszugehen, dass die Fortsetzung der konservativen Behandlung einerseits und die Cerclage andererseits unterschiedliche Chancen und Risiken mit sich gebracht haben und beide als Mittel in Betracht kamen, den Frühgeburtsbestrebungen bei der Mutter des Klägers entgegenzuwirken. Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang insbesondere ausgeführt, dass die Cerclage die Möglichkeit hätte bieten können, ein höheres Maß an Stabilität zu erreichen, was möglicherweise zu einer Verlängerung der Tragzeit hätte führen können. Bei einer Cerclage hätte allerdings das Risiko bestanden, dass es bei ihrer Durchführung zu einer Verletzung der Fruchtblase kommt, die durch die vorangegangene Infektion ohnehin nicht mehr so stabil gewesen sei. Nach dem Abklingen der Infektion, also ab dem 24.05.1993, sei dieses Risiko allerdings nur noch als relativ gering einzuschätzen gewesen.

Die Frage, wie die Patientin weiter behandelt werden soll, hätte also auch nach der medizinisch-sachverständigen Sicht mit der Patientin besprochen werden müssen. Da dies nicht geschah, führt dies dazu, dass die Beklagten insoweit darlegungs- und

beweispflichtig sind, als zum einen die Mutter sich bei hinreichender Aufklärung gegen eine Cerclage entschieden hätte, und zum anderen hinsichtlich der Kausalität, dass bei Legen der Cerclage das Kind in gleichem Maße wie tatsächlich geschädigt worden wäre. Die insoweit darlegungs- und beweispflichtigen Beklagten haben weder hinreichend dargelegt noch bewiesen, dass die Mutter des Klägers sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung für die Fortsetzung der konservativen Behandlung entschieden hätte. Vortrag hierzu ist aber nicht entbehrlich, weil der Senat aufgrund der persönlichen Anhörung der Mutter des Klägers in der mündlichen Verhandlung davon überzeugt war, dass diese sich im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung über die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen in einem Entscheidungskonflikt befunden hätte. Dies sei den Beklagten auch deutlich gemacht worden. Die Behandlung der Mutter des Klägers war dementsprechend jedenfalls ab dem 24.05.1993 nicht mehr von ihrer Einwilligung gedeckt und damit rechtswidrig. Dabei sei davon auszugehen, dass die Frühgeburt des Klägers am 30.05.1993 und die damit verbundenen gravierenden gesundheitlichen Schäden zumindest mit auf der – rechtswidrigen – Fortsetzung der konservativen Behandlung seiner Mutter beruhen. Denn die behandelnden Ärzte der Mutter des Klägers haben durch das konservative Behandlungsregime auf den tatsächlichen Verlauf eingewirkt, wobei diese Einwirkung nicht nur in dem Unterlassen eines operativen Vorgehens, sondern auch darin bestand, die strikte Bettruhe der Mutter des Klägers anzuordnen und diese medikamentös zu behandeln. Mit dem konservativen Behandlungsregime sollte den Frühgeburtsbestrebungen entgegengewirkt und erreicht werden, dass die Tragzeit so lange wie möglich verlängert wird. Dazu war dieses Behandlungsregime allerdings letztlich nicht geeignet. Es ist vielmehr trotz des konservativen Behandlungsregimes in der Folge am 30.05.1993 zur Frühgeburt des Klägers mit den damit verbundenen gravierenden Folgen gekommen. Der Annahme der Kausalität der rechtswidrigen Behandlung für den eingetretenen Schaden steht nicht entgegen, dass die Geburt des Klägers auch bei Durchführung einer Cerclage möglicherweise bereits am 30.05. eingetreten wäre. Denn insoweit liegt ersichtlich die Annahme eines hypothetischen Kausalverlaufes im Falle des rechtmäßigen Alternativverhaltens zugrunde, für den die Behandlerseite beweispflichtig ist. Nur dann, wenn feststünde, dass die Klägerin mit der Cerclage ebenfalls am 30.05. gegen 22:26 Uhr geboren worden wäre, wäre dieser Beweis erbracht worden. Es kann indes nicht festgestellt werden, dass die Frühgeburt des Klägers auch nach einer Cerclage am 30.05. eingetreten wäre. Die-

ses Beweisrisiko geht zu Lasten der Beklagten, die nicht nur die Möglichkeit eines solchen Verlaufes, sondern auch beweisen müssten, dass der selbe Misserfolg auch nach Wahl einer alternativ möglich gewesenen Behandlungsmethode eingetreten wäre.

Auch diese Entscheidung zeigt, dass nicht nur Behandlungsfehler zum Schadensersatz führen können, sondern dass insbesondere die verschiedenen Formen mangelhafter Aufklärung so manchem Prozess zum Erfolg verhelfen. Die Entscheidung ist im Übrigen veröffentlicht im GesR 10/2011, Seite 601.

Sowohl die Entscheidungen als auch die zugrundeliegenden Gutachten können ggf. in anonymisierter Form beim Unterzeichner abgefragt und eingefordert werden. Hier wäre eine gewisse Kopierkostenpauschale zu entrichten.

Jürgen Koriath
Rechtsanwalt