

## **Behandlungsfehler bei der Schwangerschaftsbetreuung oder Geburtshilfe / unzureichende Aufklärung – Ein Leitfaden für betroffene Eltern.**

Sollten Sie den Verdacht haben, dass in Ihrem Fall während der Schwangerschaft oder beim Geburtsvorgang eine fehlerhafte Behandlung erfolgt ist, oder dass Sie unzureichend über bestimmte Risiken oder Behandlungsalternativen aufgeklärt wurden, sollten Sie Ihre möglichen Ansprüche gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus bzw. Arzt wegen Behandlungsfehler oder unzureichender Aufklärung prüfen lassen. Als geschädigten Patienten können Mutter und Kind erhebliche Schmerzensgeldansprüche sowie Ansprüche auf lebenslangen Ersatz der materiellen Schäden, die beispielsweise infolge der Minderung der Erwerbsfähigkeit und der Einschränkung in der Haushaltsführung entstehen, zustehen. Darüber hinaus hat das Kind gem. § 843 Abs. 1 BGB Anspruch auf Zahlung einer Mehrbedarfsrente wegen behinderungsbedingt erforderlichen Betreuungs- und Pflegeleistungen.

Wir wollen Ihnen nachfolgend eine Übersicht darüber geben, welche Problembereiche während der Schwangerschaft und des Geburtsvorgangs auftreten können und welche Sorgfaltsanforderungen von der Rechtsprechung formuliert werden.

### **Der fachärztliche Standard**

Zu den Behandlungsfehlern mit den wohl katastrophalsten Auswirkungen gehören diejenigen, die sich im Bereich der Geburtshilfe ereignen. Da Mutter und Kind während des Schwangerschaftsverlaufes und während der Entbindung verschiedenen Risiken ausgesetzt sind, ist es erforderlich, auf diese Risiken mit entsprechenden medizinischen Maßnahmen – zum Teil auch äußerst schnell – zu reagieren. Mindestanforderungen an strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung sind in der **Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.** vorgegeben:

- Es muss ein im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätiger Arzt entweder ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst oder innerhalb von 10 Minuten im Krankenhaus verfügbar sein. Gleiches gilt für einen Anästhesisten und eine Hebamme, die innerhalb von fünf Minuten bei der Schwangeren erscheinen können muss.

- Es muss die jederzeitige (24 Stunden x 7 Tage) Operationsbereitschaft durch die ständige Anwesenheit entsprechend ausgebildeten Funktionspersonals sichergestellt sein.
- Es müssen jederzeit wichtige Laborergebnisse (rund um die Uhr innerhalb von 2 Stunden) verfügbar sein.
- Die für die Sicherstellung von Mutter und Kind notwendigen Leistungen müssen jederzeit erbracht werden können, insbesondere soll eine Notsectio innerhalb von 20 Minuten jederzeit durchführbar sein. Die insoweit maßgebliche sogenannte EE-Zeit (Entschluss-Entwicklungs-Zeit) von 20 Minuten geht davon aus, dass der Entschluss zur Sectio auf einer kompetenten Beurteilung der Situation basiert. Die E-E-Zeit beginnt daher mit einer Indikationsstellung durch den Facharzt. Das Ausrufen des Notfalls mit der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen kann auch zum Beispiel durch die Hebamme oder den Assistenzarzt erfolgen.

Obwohl der fachärztliche Standard daher sehr genau festgelegt ist, ereignen sich immer wieder Behandlungsfehler mit dramatischen und lebenslang anhaltenden Konsequenzen.

Es können Probleme auftreten **während** der Schwangerschaft in Form

- einer Wachstumsretardierung,
- einem vorzeitigen Blasensprung und Amnioninfektionssyndrom (AIS),
- einer Präeklampsie,

während der **Entbindung**

- bei einer Frühgeburt,
- bei Mehrlingsschwangerschaften,
- bei Lageabweichungen (abweichend von der normalen vorderen Hinterhauptslage, nimmt das Kind eine Längslage ein und der Kopf befindet sich unten / Beckenendlage),
- bei einem Mekoniumaspirationssyndrom (Infektion des Kindes durch Aufnahme von frühzeitig abgesetzten eigenen Darmausscheidungen),

und auch aufgrund der Vornahme bestimmter **medizinischer Eingriffe** wie zum Beispiel der

- Vakuumextraktion (Entbindung aus Beckenmitte mit Saugglocke),
- Zangengeburt,

- Notsectio (Schnittentbindung),

Zu beachten ist bei der Notsectio insbesondere die sogenannte E-E-Zeit (Zeit zwischen dem Erkennen des Notfalls und der Entscheidung zur Sectio).

## **1. Probleme während der Schwangerschaft**

### **a) Wachstumsretardierung (Entwicklungsrückstand des Kindes)**

Eine Wachstumsretardierung liegt vor, wenn während der Schwangerschaft das durch Ultraschall geschätzte kindliche Gewicht um mindestens 2 Wochen gegenüber dem angegebenen Ultraschall-Normmesswert zurückliegt.

Das behandelnde Krankenhaus und / oder der Arzt haften auf Schmerzensgeld und Schadensersatz, wenn sie auf erkennbare Entwicklungsstörungen nicht mit weiterführenden Untersuchungen wie zum Beispiel Ultraschall oder CTG-Ableitungen reagieren.

### **Fälle aus der Praxis:**

#### **OLG München vom 25.01.2011 - 24 U 170/98 -**

„Erkennt der behandelnde Frauenarzt aufgrund eines Nikotinmissbrauchs der Kindesmutter ab der 33. Schwangerschaftswoche eine Entwicklungsstörung des Kindes im Mutterleib, dann erfordert die Schwangerenbetreuung ein verstärktes Risiko-Management. Dies beinhaltet als erforderliche Maßnahmen häufige Ultraschalluntersuchungen, mehrmalige abgeleitete Cardiotokogramme unter Wehenbelastung, eine Lokalisation der Plazenta, Messungen des Schädel- und Thoraxdurchmessers sowie ggf. eine Einweisung der Schwangeren in ein Perinatalzentrum. Das Unterlassen dieser erforderlichen Maßnahmen stellt einen groben Kunstfehler im Geburtsmanagement dar und begründet aufgrund eines eingetretenen kindlichen Hirnschadens einen Schmerzensgeldanspruch.“

### **OLG Hamm vom 14.12.2005 - 3 U 52/05 -**

„Unterlässt ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei der Schwangerschaftsbetreuung ab der 23. Schwangerschaftswoche die Untersuchung der Fruchtwassermenge, so liegt ein Behandlungsfehler vor. Der Beklagte hätte die Fruchtwassermenge untersuchen müssen, weil eine zu geringe Fruchtwassermenge ein wichtiges Hinweiszeichen für das Vorliegen von intrauterinen Wachstumsretardierungen ist.“

### **OLG Frankfurt vom 21.06.2005 - 8 U 152/01 -**

„Es stellt einen groben Behandlungsfehler dar, wenn ein Arzt bei einer Schwangeren ein gleichbleibendes Körpergewicht während eines Zeitraumes von 6 Wochen beobachtet, darüber hinaus bei dem Fötus einen zu niedrigen Fundusstand und pathologische Befunde der Schädel- und Thoraxmessung feststellt und dennoch weitere Untersuchungen insbesondere eine CTG-Ableitung unterlässt.“

### **b) Vorzeitiger Blasensprung und Amnioninfektionssyndrom (AIS)**

Bei einem vorzeitigen Blasensprung kann es zu einem Keimaustritt aus der Scheide kommen. Die Fruchtblase, die verhindert, dass Keime austreten, fällt als natürlicher Schutz weg, sodass die Gefahr einer Infektion der Plazenta, der Eihäute, des Fruchtwassers und des Fetus (sog. Amnioninfektionssyndrom) droht. Es handelt sich sowohl für die Mutter wie auch für das Kind um einen akut lebensgefährlichen Zustand. Deshalb muss bereits bei **Verdacht** auf ein solches Amnioninfektionssyndrom umgehend mittels Antibiotikagabe und möglichst schneller Entbindung (auch durch Kaiserschnitt) gehandelt werden. Auch in diesen Fällen tritt eine Haftung des Behandlers ein, wenn dem Verdacht nicht durch entsprechende Untersuchungen nachgegangen wird.

### **Fälle aus der Praxis:**

**LG Münster vom 05.07.2007 - 11 O 1046/06 -**

„Es stellt einen groben Behandlungsfehler dar, wenn bei einem Verdacht auf einen hohen Blasensprung bei einer Schwangeren kein Lackmus-Test, kein Amni-Check und kein Bromthymol-Test stattfinden.“

Die Mutter des Kindes war von ihrer schwangerschaftsbetreuenden Frauenärztin am 15.01.2001 unter anderem mit dem Verdacht auf einen vorzeitigen hohen Blasensprung bei der Beklagten stationär eingewiesen worden. Die Mitarbeiter der Beklagten haben fehlerhaft die gebotenen Untersuchungen zum Ausschluss oder zur Bestätigung eines fraglichen hohen Blasensprungs bei der Mutter unterlassen. Bei einem solchen Verdacht auf hohen Blasensprung ist ein bestimmtes Programm von Untersuchungen durchzuführen, um diesem Verdacht nachzugehen. Zu diesem standardmäßig durchzuführenden Untersuchungsprogramm gehörten auch ein Lackmus-Test, eine Amni-Check-Untersuchung sowie ein Bromthymol-Test.“

**OLG Celle vom 27.02.2006 - 1 U 68/05 -**

„Bei einem pH-Wert der Mikrolutuntersuchung von unter 7,20 ist die Durchführung der Sectio zwingend. Die Unterlassung stellt einen groben Behandlungsfehler dar, der aus medizinischer Sicht - auch schon Mitte der 90er Jahre - nicht verständlich ist. Gerade bei einem Frühgeborenen sind riskante vaginale Operationen möglichst zu vermeiden, weil derartige Eingriffe zu einer weiteren Verschlechterung des pH-Wertes des Kindes führen. Gerade in der klinischen Gesamtsituation (Frühgeburtlichkeit, vorzeitiger Blasensprung, Amnioninfektionssyndrom) hätte spätestens um 1.35 Uhr mit einer Sectio reagiert werden müssen.“

**OLG Stuttgart vom 02.02.1999 - 14 U 4/98 -**

„Legen die Angaben einer in der 34. Woche schwangeren Patientin einen vorzeitigen Blasensprung nahe, und nimmt der niedergelassene Frauenarzt dennoch nicht die in diesem Fall gebotenen Untersuchungen vor (Lackmus-Test, Spekulumuntersuchung), und weist er die Schwangere auch nicht unverzüglich in ein Krankenhaus ein oder fordert sie zumindest nachdrücklich zu einer zeitnahen Kontrolluntersuchung auf, dann kommen dem Kind, das infolge einer Übertragung der mütterlichen Streptokokken-Infektion eine

Hirnschädigung erleidet, Beweiserleichterungen bezüglich der Kausalität dieses groben Behandlungsfehlers für den bei ihm eingetretenen Gesundheitsschaden zu.“

#### **OLG Frankfurt - Zivilsenate Kassel - 14 U 204/04 -**

Unmittelbar nach seiner Geburt litt das Kind unter zunehmenden Atembeschwerden und wurde mit Sauerstoff behandelt. Wegen des Verdachts von Adaptionsstörungen wurde das Kind in eine Kinderklinik verlegt, wo die Infizierung mit Streptokokken der Serogruppe B festgestellt wurde. Das Kind ist aufgrund einer schwerwiegenden Hirnschädigung lebenslang geistig und körperlich behindert. Bereits in der ersten Instanz wurde festgestellt, dass ein präpathologisches Herztonmuster vorlag und deshalb eine intrapartale Blutuntersuchung hätte veranlasst werden müssen, um ein sogenanntes Amnioninfektionssyndrom (AIS) auszuschließen. Auch hätte eine sogenannte Mikroblooduntersuchung (MBU) durchgeführt werden müssen, um eine Placentainsuffizienz oder eine Nabelschnurperforationsstörung auszuschließen. Beides sei fehlerhaft unterlassen worden. Da das erstinstanzlich zuständige Landgericht Fulda jedoch Zweifel daran hatte, dass allein diese Fehler auch die bei dem Kind festgestellte Hirnschädigung verursacht hatten und auch keine Beweislastumkehr auf der Grundlage eines Befunderhebungsfehlers annehmen wollte, wies es die Klage ab. In Verkennung der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hatte das Landgericht dabei aber übersehen, dass es

„nicht darauf ankommt, ob ein Behandlungsfehler die "ausschließliche" oder "alleinige" Ursache einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ist; auch eine Mitursächlichkeit, sei es auch nur als "Auslöser" neben erheblichen anderen Umständen, steht der Alleinursächlichkeit haftungsrechtlich in vollem Umfang gleich. Insoweit kommt eine Beweislastumkehr bei grobem Behandlungsfehler auch für eine bloße Mitursächlichkeit in Betracht.“ (BGH vom 27.06.2000, VI ZR 201/99)

Zu Recht hat daher die Berufungsinstanz, das OLG Kassel, sachverständigerseits die Frage prüfen lassen, ob aus neuropädiatrischer Sicht nach dem Verlauf des CTG ausgeschlossen werden könne, dass eine Sauerstoffmangelversorgung des Fetus den Infarkt der Arteria cerebri media zumindest mitverursacht habe. Dies wurde durch den

Sachverständigen vermeint. In der Folge wurde zwischen den Parteien dann ein Vergleich über 350.000,00 Euro geschlossen.

### **c) Präeklampsie**

Präeklampsie ist eine nur in der Schwangerschaft auftretende Erkrankung. Symptome sind ein erhöhter Blutdruck (Hypertonie), vermehrte Eiweißausscheidung im Urin (Proteinurie) und Wassereinlagerungen (Ödeme). Bei der Eklampsie treten neben den Symptomen der schweren Präeklampsie auch Krämpfe im letzten Schwangerschaftsdrittel auf. Den Symptomen der Präeklampsie muss durch Kontrollen nachgegangen werden, z.B. durch engmaschige CTG-Kontrollen, Fetometrie und Doppleruntersuchungen; Blutkontrollen und Laborkontrollen müssen zwingend durchgeführt werden. Werden derartige Untersuchungen unterlassen und kommt es zu einer Schädigung des Kindes löst dieses erhebliche Schadensersatzansprüche aus.

### **Fälle aus der Praxis:**

#### **LG Dortmund vom 03.05.2007 - 4 O 595/01 -**

„Es liegt ein grober Behandlungsfehler vor, wenn bei einer Kontrolluntersuchung anhand der Laborwerte eine Präeklampsie bestand und keine Einweisung zur stationären Abklärung des Gesundheitszustandes sowie bei bestehenden Oberbauchschmerzen, verbunden mit Erbrechen, was auf eine drohende Eklampsie hindeutet, keine Messung der Blutdruck- und Eiweißwerte erfolgt. Der Sachverständige hat anhand der Laborwerte der Klägerin ohne Zweifel festgestellt, dass bei der Klägerin eine Präeklampsie bestanden hat. Aufgabe der Hebamme bzw. der aufnehmenden Ärztin wäre es gewesen, die Blutdruckwerte und Eiweißwerte im Urin mittels eines Teststreifens zu messen. Auf Grund der im Mutterpass aufgeführten Werte hätte sich der Verdacht einer drohenden Eklampsie aufdrängen müssen.“

#### **LG Hagen vom 12.07.1990 - 19 O 111/87 -**

Bei der Klägerin hat eine Präeklampsie vorgelegen, deren Symptome der zu hohe Blutdruck, Ödeme an den Extremitäten und Proteinausscheidungen im Urin waren. Der Beklagte hatte den Schweregrad dieser Präeklampsie überhaupt nicht erkannt und nicht

behandelt. Ebenso hatte er einen laut Urinbefund bestehenden Harnwegsinfekt nicht weiter abgeklärt und nicht behandelt.

Aufgrund dieses Sachverhaltes hat das LG Hagen bereits im Jahr 1987 wie folgt geurteilt:

„Eine 32-jährige Frau kann ein Schmerzensgeld von 80.000 DM, eine Kapitalrente von monatlich 250,00 DM und von monatlich 1.200,00 DM verlangen, da infolge ärztlicher Behandlungsfehler die Harnleiter beschädigt, eine Harnleiteruterusfistel nicht richtig behandelt wurde und die Gebärmutter entfernt werden musste. Bei der Schmerzensgeldbemessung wurden weiter berücksichtigt: Der Krankenhausaufenthalt von 7 Wochen, 4 große weitere Operationen, eine ambulante urologische Behandlung von 9 Monaten und bleibende Schäden, wie Rücken-, Bauch- und Nierenschmerzen, Blasenschwäche, Schrumpfnieren und Nierenvergrößerung, vermehrt auftretende Harnwegsinfektionen, psychische Beeinträchtigungen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50% und damit verbundene Einschränkung in der Haushaltsführung sind ebenfalls zu berücksichtigen. Ein verantwortungsloses Verhalten des Arztes ist ebenfalls zu berücksichtigen, sowie die Uneinsichtigkeit, Teilnahmslosigkeit und Nichtregulierung des Schadens. Ein Schmerzensgeld in Höhe von 60.000,00 DM und eine monatliche Rente von 800 DM ist an ein zu früh geborenes Kind zu zahlen. Berücksichtigt werden muss der klinische Tod nach 20 Minuten, die Hirnblutung, die Mikrophakie, die hypoton zentrale Koordinationsstörung, sowie das bestehende cerebrale Anfallsleiden und der zurückgebliebene Entwicklungsstand.“

## **2. Probleme während der Entbindung**

### **a) Frühgeburt**

Von einer Frühgeburt spricht man, wenn das Kind vor Vollendung von 37 Schwangerschaftswochen geboren wird oder bei der Geburt weniger als 2.500 g wiegt. Sie kann sich durch bestimmte Anzeichen ankündigen, zum Beispiel durch vorzeitige Wehen. In Betracht kommen auch krankheitsbedingte Gründe. Maßnahmen zur Verhinderung von Frühgeburten beinhalten die Aufklärung und Beratung der Schwangeren über die

Veränderungen in der Schwangerschaft sowie eine an den Zustand angepasste Verhaltensweise. Eine Verkennung von Frühgeburtsbestrebungen löst Ersatzansprüche aus.

#### **Fall aus der Praxis:**

##### **OLG Karlsruhe vom 06.04.1994 - 13 U 46/93 -**

„Es stellt einen groben Behandlungsfehler dar, wenn der in einer Gemeinschaftspraxis tätige Arzt, der selbst keine gynäkologischen Untersuchungen vornimmt, eine schwangere Patientin, die ihm telefonisch Symptome einer drohenden Frühgeburt geschildert hat, in die Praxis bestellt, statt sie in ein Krankenhaus zu schicken. Dieser grobe Behandlungsfehler rechtfertigt Beweiserleichterungen hinsichtlich der Ursächlichkeit der Frühgeburt für einen bei dem Kind eingetretenen Hirnschaden.“

#### **b) Mehrlingsschwangerschaften**

Hierunter versteht man eine Form von Schwangerschaft, in deren Rahmen es zur Entwicklung von mindestens zwei Embryonen im Mutterleib kommt. Eine solche Mehrlingsschwangerschaft bedeutet immer auch eine Risikoschwangerschaft, so dass eine intensive medizinische Betreuung durch den Arzt und spezielle Kliniken notwendig ist. Vorsorgeuntersuchungen müssen in kurzen Abständen durchgeführt werden, um die Entwicklung der ungeborenen Kinder zu kontrollieren. Verstöße gegen diese Kontroll- und Überwachungspflichten lösen ebenfalls Haftungsansprüche aus.

#### **Fälle aus der Praxis:**

##### **BGH vom 14.09.2004 - VI ZR 186/03 -**

„Bestehen bei einer Zwillingschwangerschaft für Mutter oder Kind im Falle eines Zuwartens erhebliche Risiken, so ist über die Alternative einer primären Schnittentbindung aufzuklären.“

##### **OLG Hamm vom 03.05.1995 - 3 U 68/94 –**

„Die Betreuung einer Zwillingsschwangerschaft ist insgesamt als grob behandlungsfehlerhaft ("katastrophal") anzusehen, wenn die in der Schwangerschaft gebotenen Untersuchungen des Zustandes der Feten unterbleiben, in der Eröffnungsphase der Frühgeburt die erforderliche Verzögerung der Geburt mittels Tokolyse sowie die notwendige kontinuierliche Überwachung von Mutter und Kindern durch CTG-Kontrolle und Kontrolle des Muttermundes unterlassen wird, ohne Kenntnis des Zustandes des Muttermundes wegen Erbrechens der Mutter die Tokolyse-Dosis herabgesetzt und selbst nach einer drastischen Verschlechterung des Zustandes der Feten von einer Notsectio abgesehen wird. Unterbleibt eine wegen des schlechten fetalen Zustandes zwingend indizierte Notsectio, und entschließt sich der Geburtshelfer viel zu spät zur Einleitung einer normalen Geburt, so ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 20.000,00 DM angemessen.“

**OLG Köln vom 02.12.1992 - 27 U 74/92 -**

„Es ist ein schwerer Behandlungsfehler eines eine Zwillingsschwangerschaft betreuenden Gynäkologen, wenn er den Verdacht einer EPH-Gestose bei der Mutter, der durch Wachstumsretardierung eines der Kinder im Ultraschallbild, massiver Proteinämie der Mutter und verdächtigen CTG's begründet wird, kurz vor dem errechneten Geburtstermin nicht einmal durch Blutdruckkontrolle abklärt. Für eine Sauerstoffmangelschädigung der Zwillinge, die durch zu späte operative Geburtsbeendigung und mangelhafte Beobachtung der Kinder in der Geburtsklinik eingetreten sind, haftet der niedergelassene Gynäkologe mit, weil die Ursächlichkeit seiner Fehler, zu denen auch mangelhafte Erhebung dringend erforderlicher Befunde gehört, für diesen Verlauf nicht auszuschließen ist. Es sind 100.000,00 DM Schmerzensgeldkapital und 750,00 DM Monatsschmerzensgeldrente von der Vollendung des 3. Lebensjahres an für ein durch Sauerstoffmangel hirngeschädigtes Kind, das an einer Tetraspastik mit Krämpfen und schwerster Störung der intellektuellen Sprachentwicklung leidet, und zeitlebens erwerbsunfähig und pflegebedürftig sein wird, zugesprochen worden.“

**OLG Köln vom 30.03.2015 - 5 U 128/14 –**

Während eines operativen Schwangerschaftsabbruchs ist der Beklagte deshalb fehlerhaft vorgegangen, weil er eine gewisse, nach Lage der Dinge nicht angebrachte manuelle Kraft einsetzte, die nach bereits vorher erfolgter Uterusperforation den Abriss des mit den Resten des zweiten Embryos geborgenen Harnleiters verursachte. Der Abriss des rechten Harnleiters, der nicht rekonstruiert werden konnte, hat unstreitig am 19.10.2009 zur Entfernung der rechten Niere geführt.

Der Senat deshalb wie folgt geurteilt:

„Der Einsatz manueller Gewalt oder Kraft bei einem operativen Schwangerschaftsabbruch in der 12. Schwangerschaftswoche ist behandlungsfehlerhaft. Verliert die Geschädigte die rechte Niere und den rechten Harnleiter, haben die Ausweitung der Operation und der durch die Komplikation erforderliche Bauchschnitt zu Narben geführt und musste ein weiterer Eingriff zur Entfernung der rechten Niere vorgenommen werden, so ist ein Schmerzensgeld von 25.000,00 Euro angemessen.“

### **c) Lageabweichungen**

Bei Beckenendlagen steht der Kopf des Kindes nach oben, so dass die Gefahr droht, dass der Kopf im Becken der Mutter stecken bleibt. Hierbei kann die Nabelschnur abgeklemmt werden, verbunden mit der Gefahr eines Sauerstoffmangels. Über diese kritische Situation ist die Mutter aufzuklären. Bei Feststellung einer solchen Situation sind stets die Risiken einer vaginalen Entbindung und eines Kaiserschnittes gegeneinander abzuwägen. Ein Fehlen der personellen, apparativen und geburtsmechanischen Voraussetzungen und eine daraus entstehende Schädigung von Mutter und Kind löst Ersatzansprüche aus.

### **Fälle aus der Praxis:**

#### **OLG Braunschweig vom 19.12.1986 - 2 U 71/86 -**

„Bei Beckenendlage des Kindes ist die werdende Mutter rechtzeitig vom ärztlichen Geburtshelfer über die Alternative einer Kaiserschnittgeburt aufzuklären. Unterlässt der Arzt diese Aufklärung, können auch Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche des auf natürlichem Wege geborenen, aber verletzten Kindes begründet werden, wenn

davon ausgegangen werden kann, dass die werdende Mutter bei ordnungsgemäßer Aufklärung im Interesse des Kindes eine Kaiserschnittentbindung auf sich genommen hätte.“

**OLG Hamm vom 16.11.1987 - 3 U 221/85 -**

„Verschafft sich der die Geburt betreuende Arzt bei festgestellter Beckenendlage keine Klarheit über die Lage des Kindes und unterlässt vor der Entscheidung über eine vaginale Entbindung die Vornahme einer Ultrasonographie, um das Vorliegen eines etwaigen Missverhältnisses zwischen Kopf und Rumpf des Kindes auszuschließen, so begeht er einen groben Behandlungsfehler. Kann bei festgestellter Beckenendlage eine Diskrepanz zwischen Kopf und Rumpf des Kindes und/oder eine Hyperextension des Kopfes nicht ausgeschlossen werden, so besteht in einem solchen Fall keine Indikation für eine vaginale Entbindung, sondern ist eine Entbindung durch Kaiserschnitt indiziert.“

**OLG Düsseldorf vom 19.12.1996 - 8 U 86/96 -**

„Der Geburtshelfer muss die Patientin an der Entscheidung über die Entbindungsmethode beteiligen und ihre Einwilligung in die vaginale Entbindung herbeiführen, wenn er im Falle einer Beckenendlage vertretbar auf eine Kaiserschnittoperation verzichtet, weil er aus Überzeugung und aufgrund seiner geburtshilflichen Erfahrung und Fähigkeiten eine vaginale Entbindung bevorzugt.“

**OLG Düsseldorf vom 18.04.2013 - 8 U 24/12 -**

Bei der Patientin wurde ein unauffälliges Cardiotokogramm abgeleitet und bei einer Ultraschalluntersuchung festgestellt, dass sich die Leibesfrucht in der Beckenendlage befand. Nachdem sich die Kindesmutter für eine vaginale Entbindung entschieden hatte, wurde sie in der Folgezeit von einer Assistenzärztin geburtshilflich betreut. Es kam zu Problemen und in der Folge zu einem Hirnödem und einer intracerebrale Blutung I. Grades.

Das OLG hat wie folgt geurteilt:

„Ein Assistenzarzt, 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. Bei schwersten Hirnschäden ist mit dem Schmerzensgeld der in der mehr oder weniger weitgehenden Zerstörung der Persönlichkeit bestehende Verlust, der für sich einen immateriellen Schaden darstellt, auszugleichen (vgl. BGH, 13. Oktober 1992 - VI ZR 201/91 -). Ist durch eine fehlerhafte geburtshilfliche Behandlung die Persönlichkeit in einem ganz erheblichen Umfang zerstört worden, so ist ein Schmerzensgeld in Höhe von insgesamt 350.000,00 Euro angemessen.“

#### **d) Mekoniumaspirationssyndrom (Infektion des Kindes durch Aufnahme von frühzeitig abgesetzten eigenen Darmausscheidungen)**

Hierbei handelt es sich um einen akut lebensbedrohlichen und potentiell reanimationspflichtigen Notfall, bei dem es durch die Einatmung von mekoniumhaltiger Amnionflüssigkeit zu einer schweren Atemnot des neugeborenen Kindes kommt. Symptome sind eine schwere Dyspnoe mit Zyanose (Asphyxie) und Muskelhypotonie. Wird in diesen Fällen nicht sachgerecht dadurch reagiert, dass zunächst die oberen Atemwege, sodann mittels Intubation die tieferen Bereiche abgesaugt werden und im weiteren Verlauf eine Maschinenbeatmung und Intensivbehandlung erfolgen, liegen schwere ärztliche Behandlungsfehler vor, die nicht nur zivilrechtliche Ersatzansprüche nach sich ziehen, sondern auch zu einer strafrechtlichen Verurteilung der betreffenden Geburtshelfer führen können.

#### **Fälle aus der Praxis:**

##### **OLG Koblenz vom 14.03.1991 - 5 U 1789/89 -**

„Ein neugeborenes Kind muss in den ersten 20 Minuten nach der Geburt überwacht werden. Dies gilt insbesondere, wenn es nach der Geburt mit Mekonium (Kindspech) verschmiert ist, da dann die Gefahr besteht, dass das Kind intrauterin oder postpartal Mekonium aspiriert hat.“

##### **LG Dortmund vom 01.10.2014 - 37 Ks 3/11 - 161 Js 173/08 -**

Während des Geburtsverlaufes kam es zu einer vollständigen Eröffnung des Muttermundes zu einem Fruchtblasensprung, wobei sich grün-braunes Fruchtwasser entleerte - ein Zeichen dafür, dass dieses mit Mekonium, dem ersten Stuhlgang des Kindes, versetzt war. Das vorzeitige Absetzen des Mekoniums ist immer ein pathologischer und kein physiologischer Prozess und signalisiert eine Stresssituation, der das ungeborene Kind durch die zunehmende Wehentätigkeit ausgesetzt ist, wobei es zu einer Übersäuerung des kindlichen Blutes (Azidose) infolge Sauerstoffmangels kommt. Gleichzeitig lag eine Beckenendlage vor. Die Verlegung in eine Geburtsklinik wäre zu diesem Zeitpunkt problemlos möglich gewesen, gleichwohl erfolgte sie nicht, weil den Eltern erklärt wurde, dass dieser Befund nichts ändere, kein Problem darstellen und man ganz normal weitermachen würde. Hebamme und Ärztin unternahmen auch in der Folgezeit nichts. Erst als die Kindesmutter einen eklamptischen Anfall erlitt, wurde der Rettungsdienst alarmiert, der die Gebärende – zu spät für das Kind - in ein 19 km entferntes Krankenhaus verbrachte.

Aufgrund dieses Sachverhaltes hat das LG Dortmund eine Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von sechs Jahren und neun Monaten wegen Totschlags vorgenommen und der Nebenklägerin eine Zahlung von 34.000,00 Euro zugesprochen.

„Nimmt eine Ärztin und Hebamme aus eigennützigen Interessen, nämlich aus Angst um ihr Ansehen und ihre fachliche Reputation, den Tod eines Kindes bei einer Risikogeburt des Kindes eines lettischen Paares in einem Hotelzimmer in Deutschland billigend in Kauf und unterlässt sie es, die Schwangere rechtzeitig in eine Klinik zu verbringen bzw. verbringen zu lassen, so liegt bedingter Tötungsvorsatz vor. Es ist dann nicht (nur) von bewusster Fahrlässigkeit auszugehen, wenn das Kind tot zur Welt kommt.“

#### **OLG Frankfurt vom 25.01.2011 - 15 U 215/96 -**

Nach komplikationslos verlaufener Schwangerschaft kam es unter der Geburt zu einem spontanen Sprung der Fruchtblase, bei dem dicklich-grünes Fruchtwasser abging. Wegen des Verdachts einer Mekoniumaspiration wurde das Kind zwar zunächst abgesaugt, eine aktive Beatmung mittels einer Sauerstoffmaske wurde jedoch über 5 bis 7 Minuten nicht vorgenommen, was seitens des Gerichtsgutachters als nicht mehr akzeptabel gewertet wurde.

Das OLG hat wie folgt geurteilt:

„Grobe Behandlungsfehler können zu Beweiserleichterungen bis zur Umkehr der Beweislast führen, wenn sie die eingetretene Schädigung nur zusammen mit einer (eventuell bereits vorhandenen) anderen, der Behandlungsseite nicht anzulastenden Ursache herbeizuführen geeignet sind. Bei auf einem ärztlichen Behandlungsfehler während und nach der Geburt zurückzuführendem Residual-Syndrom nach herpataler Asphyxie, Hirnödemen mit zentraler motorischer Koordinationsstörung zu Ungunsten der rechten Seite, spastischer Hemiparese rechts, Partialepilepsie, Mikrozephalie, leichter Entwicklungsretardierung, Strabismus convergens rechts und 100%iger Schwerbehinderung wegen erheblicher geistiger Beeinträchtigungen kann ein Schmerzensgeld in Höhe von 100.000,00 DM und eine Schmerzensgeldrente in Höhe von 500,00 DM angemessen sein.“

### **3. Probleme bei medizinischen Eingriffen**

#### **a) Vakuumextraktion (Entbindung mit Saugglocke)**

Hier wird eine Saugglocke am Hinterkopf des Kindes durch Unterdruck befestigt. Der Kopf des Kindes wird dann synchron zu den Wehentätigkeiten nach unten gezogen. Wichtig ist es, dass die Glocke außerhalb des Fontanellenbereiches angebracht wird, da es sonst zu Gefäßrupturen kommen kann. Über die Risiken, die mit dieser Entbindungsform verbunden sind, ist die Mutter aufzuklären. Eine Verletzung der Aufklärungspflicht oder auch die Übernahme durch einen Assistenzarzt, der nicht über hinreichende Erfahrungen verfügt kann erhebliche Schadenersatzansprüche auslösen.

#### **Fälle aus der Praxis:**

**OLG Celle vom 08.04.2013 - 1 U 49/12 -**

„Ist die Armplexusparese des Kindes durch eine Vakuumextraktion entstanden, die mangels hinreichender Aufklärung nicht von einer ausdrücklichen und auch nicht von einer mutmaßlichen Einwilligung der Mutter gedeckt war, sind die bei dem Kind eingetretenen Schäden auf die Aufklärungspflichtverletzung des Arztes zurückzuführen. Auf die Frage, ob sich ein aufklärungsbedürftiges Risiko verwirklicht hat, kommt es nicht an, da der Arzt mangels "Grundaufklärung" der Mutter auch für nicht aufklärungspflichtige Risiken haftet.“

**OLG Celle vom 25.02.2010 - 11 U 108/08 -**

Infolge der geburtsmechanisch ungünstigen Lage des Kopfes des Kindes wurde eine vaginaloperative Entbindung mittels einer Saugglocke durchgeführt. Während des Geburtsverlaufs kam es dabei beim Kläger zu einer linksseitigen Schulterlähmung (Plexusparese).

Das OLG urteilte wie folgt:

„Kommt es bei einer Geburt zu einer Schulterlähmung (Plexusparese) mit Bewegungseinschränkungen und tritt hinzu, dass der Geschädigte infolge seiner weiter erlittenen cerebralen Beeinträchtigungen noch stärker auf seine Grob- und Feinmotorik, und zwar insbesondere der Arme, angewiesen ist, so ist ein Schmerzensgeld von insgesamt 45.000,00 Euro angemessen. Wird unmittelbar vor der Geburt ein Asynklitismus (Schädellage mit quergestellter Pfeilnaht) festgestellt, so weist dies auf eine erschwerte Geburtsmechanik hin. Wird gleichzeitig eine vollständige Muttermundöffnung festgestellt, ist die Pfeilnaht im geraden Durchmesser eingestellt und der Kopf des Geschädigten maximal flektiert, so ist damit die "klassische Konstellation" für eine operative Entbindung von vaginal gegeben.“

**OLG Frankfurt vom 18.04.2006 - 8 U 107/05 -**

„Wartet der geburtshelfende Arzt (hier: Assistenzarzt) trotz eines pathologischen CTG-Befundes (Abfall der Herztöne) und Abgang grünen Fruchtwassers mit der Benachrichtigung eines erfahrenen Facharztes und wird eine auf Grund der Gefahrenlage indizierte Schnittentbindung erst nach dem Versuch einer Vakuum-Extraktion durchgeführt, so ist ihm eine fehlerhafte Geburtsleitung vorzuwerfen. Das inzwischen 10 Jahre alte Mädchen ist körperlich schwerst geschädigt und auch in geistiger Hinsicht beeinträchtigt und kann sich nur im Knien und über kurze Distanz fortbewegen. Die Funktion der Hände und Arme ist stark beeinträchtigt, so dass es sich nicht selbst an- und ausziehen kann. Es ist auch nicht in der Lage, selbstständig Nahrung zum Mund zu führen. Die geistige Entwicklung ist weniger beeinträchtigt, was damit zusammenhängt, dass die hypoxiebedingte Schädigung hauptsächlich tiefere Strukturen des Gehirns betrifft, weniger die Hirnrinde. Allerdings leidet es an einer Sprechstörung, so dass Kommunikationshilfen erforderlich sind. Obwohl ein vollständiger Verlust der gesamten Persönlichkeit nicht eingetreten ist (das Kind besuchte einen Kindergarten und mittlerweile eine Schule für Körperbehinderte), ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 350.000,00 Euro angemessen.“

## **b) Zangengeburt**

Bei einer Zangengeburt wird das Baby mit einer speziellen Geburtszange (Forzeps) aus dem Geburtskanal gezogen. Sie wird durchgeführt, wenn in der letzten Phase der Entbindung eine akute Gefährdung des Kindes vorliegt und die Geburt rasch beendet werden muss. Die über mehrere Tage unbehandelte Schädelfraktur eines Kindes, bei dem eine Zangengeburt durchgeführt wurde, führt zu massiven lebenslangen Schäden. Die insoweit zu zahlende Entschädigung beinhaltet nicht nur Schmerzensgeldansprüche, sondern auch die Zuerkennung einer Rente und den Anspruch auf Zahlung einer Mehrbedarfsrente.

## **Praxisfall:**

### **OLG Düsseldorf vom 21.11.2002 - 8 U 155/00 -**

„Tritt bei einer durchgeführten Zangengeburt eine verspätet erkannte und tagelang unbehandelt gelassene Schädelfraktur mit schwerer Hirnschädigung des Kindes ein, die als Dauerfolgen bei dem inzwischen 11 Jahre alten Jungen Reste einer linksseitigen Hemiparese in Form von geringen motorischen Störungen, aber auch eine lebenslang bleibende geistige Behinderung im Sinne einer Intelligenzschwäche (hier: Entwicklungsstand des 11-jährigen Jungen entsprechend der Entwicklung eines 6-jährigen Jungen) gezeitigt hat, ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 70.000,00 Euro einschließlich bislang aufgelaufener Rentenbeträge sowie eine monatliche Rente von 200,00 Euro ab der Verkündung der Senatsentscheidung angemessen. Weil die geistige Behinderung des Kindes auch in Zukunft zu immer neuen Beeinträchtigungen seiner Lebensführung führen wird, ist es geboten, diese künftigen Auswirkungen durch die Zuerkennung einer monatlichen Schmerzensgeldrente auszugleichen. Darüber hinaus hat das Kind gem. § 843 Abs. 1 BGB Anspruch auf Zahlung einer Mehrbedarfsrente wegen behinderungsbedingt erforderlicher Betreuungs- und Pflegeleistungen, die (überwiegend) seine Mutter seit seiner Geburt erbracht hat und die auch zukünftig anfallen. Bei der Bemessung ist es aufgrund des unterschiedlich anfallenden Pflegebedarfs angemessen, eine pauschale Schätzung vorzunehmen, die sich an einem durchschnittlichen Stundensatz von 20,00 DM orientiert (hier: für die Zeit vom 6. Juli 1991 bis 30. November 2002 insgesamt 113.956,73 Euro; ab dem 1. Dezember 2002 ein Monatsbetrag von 715,81 Euro).“

#### **c) Notsectio (Schnittentbindung):**

Die operative Beendigung der Schwangerschaft durch Kaiserschnitt ist u.a. indiziert bei drohender Asphyxie des Kindes, bei Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode, bei Lageanomalien, zum Beispiel Beckenendlage, bei einer Mehrlingsgeburt, bei einer Frühgeburt vor der vollendeten 32. Schwangerschaftswoche, auch bei Erkrankung der Mutter, zum Beispiel Präeklampsie, starker Blutung oder vorzeitiger Plazentalösung und Uterusruptur. Gleiches gilt für einen Zustand nach vorausgegangener Schnittentbindung oder dem Zustand nach Entfernung größerer Uterusmyome. Die Rechtsprechung stellt für die Abwägung der Risiken zwischen vaginaler Entbindung und einer Kaiserschnittentbindung hohe Anforderung an die erforderliche Aufklärung der Mutter.

## **Fälle aus der Praxis:**

### **BGH vom 17.05.2011 - VI ZR 69/10 –**

„Ist eine Schnittentbindung aufgrund besonderer Umstände relativ indiziert und ist sie deshalb eine echte Alternative zu einer vaginal-operativen Entbindung, besteht eine Pflicht zur Aufklärung der Mutter über die Möglichkeit der Schnittentbindung.“

### **OLG Düsseldorf vom 07.12.2006 - 8 U 83/05 -**

„Unterbleibt die erforderliche ärztliche Aufklärung der Kindesmutter über die Vor- und Nachteile sowie die Risiken der in Betracht kommenden Entbindungsalternativen, so erfolgt die anschließende vaginale Entbindung ohne wirksame Einwilligung der Mutter und führt bei einer gesundheitlichen Schädigung des neu geborenen Kindes (Armplexusparese, Horner-Syndrom am rechten Auge) dem Grunde nach zu einem Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes sowie Ersatz der materiellen Schäden.“

### **OLG Schleswig vom 23.12.1998 - 4 U 16/95 -**

„Hat ein Kind einen Geburtsschaden in Form einer Hirnschädigung aufgrund schuldhaft verzögerter Schnittentbindung erlitten, weil nach CTG-Aufzeichnungen, die auf einen hochpathologischen Befund hindeuteten, der eine fetale Notsituation indizierte, nicht sofort eine sectio veranlasst wurde und weiter die Vorbereitungen zur Schnittentbindung zu lange dauerten, haften die behandelnden Ärzte unter dem Aspekt des groben Behandlungsfehlers und die Geburtsklinik unter dem Aspekt des Organisationsverschuldens als Gesamtschuldner. Leidet das irreversibel hirngeschädigte Kind an einer Cerebralparese mit Strabismus, Mundfunktionsstörungen und Entwicklungsretardierung aufgrund schwerer geistiger Behinderung, ist die Zuerkennung eines Schmerzensgeldkapitals von 230.000,00 DM und einer Schmerzensgeldrente von 600,00 DM monatlich angemessen.“

### **OLG Hamm vom 16.05.2014 - 26 U 178/12 -**

„Mehrere einfache Behandlungsfehler können in ihrer Gesamtheit als grob fehlerhaft erscheinen. Wird auf eine gebotene Mikroblutuntersuchung des Kindes verzichtet, ist die Entbindung des Kindes schnellstmöglich zu veranlassen. Wird bei pathologischen CTG-Werten die Geburt verzögert, kann dies als grober Behandlungsfehler zu bewerten sein.“

**OLG Hamm vom 25.11.2009 - 3 U 192/08 -**

„Die in den letzten Stunden mit der Geburtsbetreuung des Kindes und seiner Mutter befasste Hebamme haftet dem Kind gemäß §§ 823, 847 BGB a.F. auf Zahlung eines Schmerzensgeldes i.H.v. 300.000,00 Euro, wenn sie es vorwerfbar pflichtwidrig versäumt hat, den diensthabenden Gynäkologen zur Beurteilung von aufgetretenen hochpathologischen CTG-Veränderungen hinzuzuziehen, weshalb eine Klärung des kindlichen Wohlbefindens durch eine Mikroblutuntersuchung und die wegen erheblicher Azidose des Feten gebotene Notfallsectio unterblieben sind, was als grober Hebammenfehler zu werten ist, der eine Beweislastumkehr hinsichtlich der Ursächlichkeit des Versäumnisses für die eingetretene schwerste Hirnschädigung in Form einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie des Kindes rechtfertigt. Auch der diensthabende Gynäkologe haftet dem Kind auf Zahlung des Schmerzensgeldes i.H.v. 300.000,00 Euro, weil er als Belegarzt dem Kind (wie auch seiner Mutter) vertraglich wie deliktisch dafür verantwortlich war, dass die Betreuung der ärztlich geleiteten Geburt fachgerecht erfolgte. Er haftet gemäß §§ 831, 847 BGB a.F. und nach §§ 280 Abs 1, 278 BGB bereits für die von ihm zu verantwortenden Versäumnisse der Hebamme, weil diese während ihrer zur Schädigung des Kindes führenden geburtshilflichen Tätigkeit als seine Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfin tätig wurde. Er haftet darüber hinaus aber auch für eigene Versäumnisse, weil sowohl eine Nichtrückschau auf die erfolgten CTG-Aufzeichnungen der letzten Stunde als auch die Nichtreaktion auf die verzeichneten CTG-Veränderungen durch Veranlassung einer MBU als nicht nachvollziehbarer Verstoß gegen anerkannte gynäkologische Behandlungsgrundsätze und damit als grober Behandlungsfehler zu bewerten ist.“

**OLG Hamm vom 30.05.2005 - 3 U 297/04 -**

„Erweckt ein Geburtshelfer anlässlich einer Informationsveranstaltung in seinen Praxisräumen (bei der auch ein Operationsraum gezeigt wird) gegenüber den Eltern fälschlicherweise den Eindruck, er könne bei einer Geburt in seiner Praxis auch eine Not- Sectio vornehmen, obwohl in Notfällen ein Narkosearzt erst binnen einer Stunde und in der Nacht überhaupt nicht in der Praxis eintreffen kann, so haftet er für die schweren Behinderungen des Kindes, die darauf zurückzuführen sein können, dass bei Eintreten einer Notfallsituation ein Kaiserschnitt trotz dringender medizinischer Indikation nicht möglich war, weil der Anästhesist nicht rechtzeitig zur Verfügung stand. Das Unterlassen des Hinweises an die Eltern, dass ein Notfallkaiserschnitt in der Praxis nicht möglich ist, stellt einen groben Organisationsfehler dar, der zur Umkehr der Beweislast zu Gunsten des Kindes führt. Erleidet das Kind bei der (Saugglocken-)Geburt einen Sauerstoffmangel mit der Folge einer Gehirnschädigung und Mehrfachbehinderung ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 204.516,75 Euro angemessen.“

#### **d) E-E-Zeit (Zeit zwischen dem Erkennen des Notfalls und der Entscheidung zur Sectio)**

Im Falle eines Notfallkaiserschnitts bei einer mütterlichen oder kindlichen Notlage ist es erforderlich, so schnell wie möglich zu reagieren, weil ein längeres Zuwarten das Risiko bleibender Schäden bei dem Kind erhöht. Die sogenannte E-E-Zeit (Entschluss-Entwicklungs-Zeit) bezeichnet die Spanne vom Entschluss zum Notfallkaiserschnitt bis zur Geburt des Kindes und darf nach den Angaben der Fachgesellschaft zur Entschluss-Entwicklungszeit nicht mehr als 20 Minuten betragen. Diese Zeitspanne wird bei vielen Notsectionen jedoch, zum Beispiel aus organisatorischen Gründen, nicht eingehalten. Hieraus können erhebliche Schadensersatzansprüche resultieren.

#### **Fälle aus der Praxis:**

##### **LG Bonn vom 28.01.2013 - 9 O 266/11 -**

„Nach der Indikationsstellung um 22.12 Uhr dauerte es zu lange, bis der Kaiserschnitt um 22.40 Uhr abgeschlossen war. Nach den einschlägigen Leitlinien ist vom Entschluss bis zur Entbindung eine Zeitspanne (sogenannte E-E-Zeit) von höchstens 20 Minuten anzustreben. Die tatsächliche Zeitspanne von 28 Minuten kann in vollem Umfang nicht

mit der komplikationsbedingten Dauer der eigentlichen Operation (10 Minuten) gerechtfertigt oder entschuldigt werden.“

**OLG Zweibrücken vom 27.03.2012 - 5 U 7/08 -**

„Die Geburt im Wege eines Notfallkaiserschnitts (nachfolgend: Notsectio) ist wegen mangelhafter Organisation der Notsectio und Nichtvorhaltens eines anästhesieärztlichen Bereitschaftsdiensts in der damaligen geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses A. nach Feststellung eines Nabelschnurvorfalles gegen 23:20 Uhr nicht innerhalb einer E-E-Zeit von höchstens 20 Minuten durchgeführt worden, sondern dauerte vielmehr mindestens 37 Minuten. Zum Zeitpunkt der Geburt der Klägerin gab es in der geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses A. keinen ärztlichen Bereitschaftsdienst für den Bereich der Anästhesie. Dieser musste nach Eintritt eines Notfalls erst telefonisch im damaligen Kreiskrankenhaus B. angefordert werden, wobei naturgemäß mit entsprechenden Fahrtzeiten zu rechnen war. Nach den Darlegungen des Sachverständigen musste nach dem zum Zeitpunkt der Geburt der Klägerin geltenden ärztlichen Standard spätestens innerhalb einer Zeitspanne von 20 Minuten die Notsectio abgeschlossen sein, wobei die vorliegend benötigte Zeit von insgesamt mindestens 37 Minuten einen groben Organisationsmangel des Beklagten zu 1) bei Durchführung der Sectio belege.“

**OLG München vom 23.12.2011 - 1 U 3410/09 -**

„Es stellt einen groben Behandlungsfehler dar, wenn erst 19 Minuten nach Eintritt eines Nabelschnurvorfalles und dem Abfall der Herztöne des Kindes mit geburtsbeendenden Maßnahmen begonnen wurde. Für die durch eine Sauerstoffunterversorgung während der Geburt verursachten schwersten Hirnschädigungen kann ein Schmerzensgeld in Höhe von 300.000,00 Euro angemessen sein.“

**Thüringer Oberlandesgericht vom 14.08.2009 - 4 U 459/09 -**

„Kommt es bei einer Entbindung infolge einer schuldhaft verzögerten Notsectio zu einer massiven Sauerstoffunterversorgung, in deren Folge das Kind von Geburt an schwerst geistig und körperlich behindert, blind und darüber hinaus bettlägerig und im Wachkoma liegend, an ein Atemüberwachungsgerät angeschlossen ist, so ist neben der Feststellung

der – auf zukünftige materielle und immaterielle Schäden bezogenen - Ersatzpflicht ein Schmerzensgeld in Höhe von 600.000,00 Euro angemessen.“

Der Klage wurde mit der Begründung stattgegeben, die Beklagte habe die höchstens tolerierbare E-E-Zeit von 20 Minuten überschritten und die zwingend erforderliche schnellstmögliche Entbindung erst nach rund 30 Minuten eingeleitet. Dies sei eine - speziell in einem Perinatalzentrum - nicht akzeptable und nicht mehr nachvollziehbare und verständliche Verzögerung.