

RECHTSANWALT

FACHANWALT FÜR VERKEHRSRECHT
FACHANWALT FÜR VERSICHERUNGSRECHT

Landgericht
Frankfurt am Main
Gerichtsstraße 2

60313 Frankfurt am Main

Vertretungsberechtigt an allen
Amts-, Land- und Oberlandesgerichten

14.04.2009
Az.: 010/09 S.

K L A G E

der Frau Dr. Petra Gutmann, Frankfurt

– Klägerin –

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt

g e g e n

1. Herrn Prof. Dr. Frank L.,
Privatanschrift unbekannt

– Beklagter zu 1) –

2. Universitätsklinikum Frankfurt am Main, vertreten durch den
Vorstand, dieser vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes
und ärztlichen Direktor, Prof. Dr. R., Theodor-Stern-
Kai 7, 60596 Frankfurt

– Beklagter zu 2) –

Zustellungsbevollmächtigter für beide Beklagten:

Rechtsanwalt

wegen
**Berichtigung einer Patientenakte sowie Herausgabe von
ärztlichen Unterlagen und Untersuchungsberichten**
wegen
Schadensersatz und Schmerzensgeld

Streitwert: 79.847,-- EURO

Namens und im Auftrag der Klägerin erhebe ich Klage gegen den Beklagten zu 1) und den Beklagten zu 2). Unter Vorlage der Originalvollmacht und der Schweigepflichtentbindungserklärung werde ich beantragen, wie folgt zu erkennen:

I. Die Beklagten werden gesamtschuldnerisch verurteilt, die in der Patientenakte der Klägerin und ihrem Sohn Moritz Emil Gutmann dokumentierten Vorgänge anlässlich der Geburt und dem anschließenden Tod des Säuglings Moritz Emil Gutmann am 04.11.2007 in der Universitätsklinik Frankfurt am Main, unwahren, im Nachhinein veränderten, widersprüchlichen und fehlerhaft dokumentierten Eintragungen zu korrigieren entsprechend den tatsächlichen Gegebenheiten, die am Morgen und am Abend des 03.11.2007 sowie in der Nacht vom 03. auf den 04.11.2007 stattgefunden haben, wie folgt:

a) Entgegen dem handschriftlichen Eintrag von Oberarzt Dr. K■■■■ in der Patientenakte ist die Fruchtblase der Klägerin nicht um 17.50 Uhr gesprungen, vielmehr wurde die Fruchtblase der Klägerin am 03.11.2007 um 17.45 Uhr von Hebamme Nicole W■■■■ gesprengt. Der Eintrag, die Fruchtblase sei gesprungen, ist zu streichen (**Anlage K 42, Blatt 6; K 48**).

b) Entgegen dem an verschiedenen Stellen der Patientenakte vermerkten Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom (V.a.AIS) bei der Klägerin, lag ein solcher während der Geburt tatsächlich nicht vor. Sämtliche dieser Eintragungen sind zu streichen **(Anlage K 42, Blatt 2; K 49; K 55; K 62a; K 65)**.

c) Entgegen dem Vermerk in der Patientenakte gab es in der "Eröffnungsphase" keinen Geburtsstillstand; die Eröffnungsphase der Geburt war um 17.50 Uhr abgeschlossen. Vielmehr lag ein 6½-stündiger Geburtsstillstand in der Austreibungsphase der Geburt vor. Das Wort „Eröffnungsphase“ ist zu streichen und durch das Wort „Austreibungsphase“ zu ersetzen **(Anlage K 59)**.

d) Entgegen dem Vermerk in der Patientenakte hatte die Klägerin keine Presswehen in den letzten 20 Minuten der Geburt. Dieser Vermerk ist zu streichen **(Anlage K 62a)**.

e) Entgegen verschiedenen Vermerken in der Patientenakte waren die Gründe für die Durchführung des Kaiserschnitts nicht "Terminüberschreitung, grünes Fruchtwasser und Verdacht auf Amnioninfekt". Vielmehr waren die Gründe "Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz" bzw. "drohende fetale Asphyxie bei suspektem CTG", wie von Dr. K■■■■ im OP-Buch und im OP-Bericht um 00.41 Uhr aufgeführt. Die gegenteiligen Angaben sind zu streichen und durch die wahre Indikationsstellung zu ersetzen **(Anlage K 42, Blatt 2; K 49; K 55, K 62a; K 65)**.

f) Die Schwangerschaft ist nicht spontan, sondern mit Hilfe der Reproduktionsmedizin ICSI entstanden. Der Embryotransfer (ET) war am 3.2.2007. Dies hat die Klägerin bei der Anmeldung zur Geburt angegeben, was in der Patientenakte vermerkt wurde. Im Nachhinein wurde dieser Vermerk eingeklammert und hinzugefügt "Diese Schwangerschaft ist spontan entstanden." Diese Eintragung und die Klammer um die Worte „ICSI ET 3.2.2007“ sind zu streichen (**Anlage K 42, Blatt 1+2; K 47**).

g) Entgegen dem Eintrag in der Patientenakte ist die Klägerin am 03.11.2007 um 17.10 Uhr in der Uniklinik eingetroffen und nicht, wie mehrmals vermerkt, um 17.20 Uhr. Die Einträge „17.20 Uhr“ sind zu streichen (**Anlage K 42, Blatt 4; K 45; K 57**).

h) Entgegen den nachträglichen Eintragungen in der Patientenakte haben die Wehen/der Wehensturm bei der Klägerin nicht erst gegen 16.00 Uhr, sondern bereits um 15.15 Uhr eingesetzt. Die Angabe 16.00 Uhr ist zu streichen und durch die Angabe 15.15 Uhr zu ersetzen (**Anlage K 45, K 57**).

i) Entgegen dem in der Patientenakte angegebenen venösen Nabelschnur-PH-Wert wurde ein solcher ausweislich der anonymen Blutuntersuchung überhaupt nicht ermittelt. Der Eintrag ist zu streichen (**Anlage K 49, K 55; K 62a; K 65**).

j) Die Angabe der beiden arteriellen Nabelschnur-PH- Werte, wie sie in der Patientenakte angegeben sind, ist zu streichen, sofern die Beklagten nicht

nachweisen, dass das Ergebnis dem Sohn der Klägerin zuzuordnen ist. (**Anlage K 44**).

II. Die Beklagten werden gesamtschuldnerisch verurteilt, die folgenden Unterlagen, die sich nicht in der Patientenakte befinden, aber angefertigt wurden und sich in ihr befinden müssten, an die Klägerin herauszugeben, Zug um Zug gegen Erstattung der Kopierkosten:

a) Das CTG, das bei Eintreffen der Klägerin im Nebenraum des Eingangsbereiches des Kreißsaals am 03.11.2007 gegen 17.20 Uhr von ihr gefertigt wurde

b) Die Doppleruntersuchung der Klägerin am Morgen des 03.11.2007.

c) Die Ultraschalluntersuchung der Klägerin am Morgen des 03.11.2007

d) Nachträglicher Geburtsbericht / Gedächtnisprotokoll, gefertigt von Dr. K■■■■, Dr. C■■■■ und der am Abend des 03.11.2007 diensthabenden Hebamme Dorothee S■■■■.

e) Aufklärungs- und Einwilligungsbogen im Hinblick auf den vorzunehmenden Kaiserschnitt, der von der Klägerin vor der Durchführung des Kaiserschnittes unterschrieben wurde.

III. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin 6.347,45 € nebst 5% Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klage zu zahlen.

IV. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird und dessen Betrag mit 5% über Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klage zu verzinsen ist.

V. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld für den verstorbenen Moritz Emil Gutmann zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird und dessen Betrag mit 5% über Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klage zu verzinsen ist.

VI. Die Beklagten werden als Gesamtschuldner verurteilt, an die Klägerin ein Schmerzensgeld für Thomas Gutmann zu zahlen, dessen Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird und dessen Betrag mit 5% über Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit der Klage zu verzinsen ist.

VII. Es wird festgestellt, dass die Beklagten als Gesamtschuldner der Klägerin sämtliche zukünftigen materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen haben, die zukünftig aufgrund des Schadensereignisses, der Behandlungsfehler am 3./4.11.2007 in dem Uniklinikum Frankfurt am Main entstehen werden.

VIII. Die Beklagten tragen als Gesamtschuldner die entstehenden Kosten des Rechtstreits.

IX. Es wird weiter beantragt,

das Urteil ggf. gegen Sicherheitsleistung, die auch durch Bankbürgschaft erbracht werden kann, für vorläufig vollstreckbar zu erklären, hilfsweise, für den Fall des Unterliegens, der klagenden Partei nachzulassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung, die auch durch Bankbürgschaft erbracht werden kann, abzuwenden.

Für den Fall des Vorliegens der gesetzlichen Voraussetzungen wird bereits jetzt beantragt, gemäß § 307 Abs. 2 bzw. § 331 Abs. 3 ZPO ohne mündliche Verhandlung durch Anerkenntnis- bzw. Versäumnisurteil zu entscheiden.

B E G R Ü N D U N G:

Mit der vorliegenden Klage macht die Klägerin Ansprüche im Rahmen der privatärztlichen und stationären Krankenhausbehandlung anlässlich der Geburt ihres Sohnes am 04.11.2007 um 00.10 Uhr und seines Todes am 04.11.2007 um 1.15 Uhr in der Universitätsklinik Frankfurt/Main geltend. Bis zur Geburt war der Sohn der Klägerin vollkommen gesund und ausgereift. Sie begehrt mit dem Klageantrag zu I. die Berichtigung der Patientenakte in Form der Leistungsklage, mit dem Klageantrag zu II. die Herausgabe von ärztlichen Unterlagen über durchgeführte Untersuchungen, die sich nicht (mehr) in der Patientenakte befinden. Zusätzlich begehrt die Klägerin mit den Klageanträgen zu III. bis VII. Schadensersatz und Schmerzensgeld sowohl für sich, als auch für ihren verstorbenen Sohn und ihren Ehemann aus vertraglichen und deliktischen Anspruchsgrundlagen.

Vorab ist noch darauf hinzuweisen, dass die ladungsfähige Anschrift des Beklagten zu 1) unbekannt ist. Auf ein entsprechendes

Auskunftsverlangen der Klägerin gegenüber der Beklagten zu 2) gab der Beklagte zu 1) – statt seiner Anschrift – an, dass eine Klage über den im Beklagtenrubrum angegebenen Rechtsanwalt zugestellt werden soll. Sollte das Rubrum in dieser Form unzulässig sein, wird das Gericht gebeten, dem Beklagten zu 1) aufzugeben, seine Privatanschrift zum Zwecke der Zustellung bekannt zu geben.

I. Zur Zulässigkeit der Klage:

Die örtliche Zuständigkeit des Gerichts ergibt sich aus § 29 ZPO, 269 BGB. Die Klägerin macht vertragliche Ansprüche wegen Pflichtverletzung aus einem mit dem Beklagten zu 1) abgeschlossenen privaten Behandlungsvertrag, aus einem mit dem Beklagten zu 2) gespaltenen Krankenhausvertrag und gegenüber den Beklagten zu 1) und zu 2) auch aus Delikt geltend. Erfüllungsort dieses Behandlungsvertrags war die Frankfurter Uniklinik.

Der Streitwert der Klage wird mit 79.847,00 € beziffert. Dabei wurden die folgenden Werte zugrunde gelegt. Für die Klageanträge zu Ziffer I und II: 3.000,00 €; zu Ziffer III: 6.347,00 €; zu Ziffer IV: 35.000,00 €; zu Ziffer V: 15.000,00 €; zu Ziffer VI: 15.000,00 €; zu Ziffer VII: 5.500,00 €.

II. Zur Begründung im Einzelnen:

Zur besseren Übersichtlichkeit ist eine mit Unterpunkten versehene Gliederung der Klage im Anhang beigefügt.

1. Allgemeines zur Vertragsbeziehung der Parteien

Zu dem Beklagten zu 1):

Zwischen der Klägerin und dem Beklagten zu 1) bestand ein privater Behandlungsvertrag über die Behandlung und Betreuung der Schwangerschaft ab dem ausgerechneten Entbindungstermin und

eine Wahlarztvereinbarung für die stationäre Behandlung anlässlich der Geburt ihres Sohnes, Moritz Emil Gutmann (wird unten ausgeführt). Der Beklagte zu 1) ist als Vertragspartner der Klägerin für die geburtsleitenden Anordnungen am Morgen des 3.11.2007 und die Handlungen und Maßnahmen des handelnden Oberarztes und der ihm unterstellten Assistenzärzte und Hebammen verantwortlich. Er ist für die Herausgabe von Behandlungsunterlagen verantwortlich und haftet für Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche neben dem Beklagten zu 2) verantwortlich.

Deliktisch haftet der Beklagte zu 1) für die Anweisungen des Morgens des 3.11.2007 zur Geburtseinleitung. Die deliktische Haftungsgrundlage ergibt sich aus § 823 Abs. 1 BGB. Sofern der Beklagte zu 1) verbeamteter Chefarzt ist, ergibt sich die Haftung aus § 839 Abs. 1, Abs. 2 BGB.

Zu dem Beklagten zu 2):

Der Beklagte zu 2) ist als zusätzlicher Vertragspartner der Klägerin im Rahmen des gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrags neben dem Beklagten zu 1) für die Handlungen der diensthabenden Ärzte und Hebammen – nicht zuletzt unter Berücksichtigung von Organisationsgesichtspunkten – verantwortlich.

Er ist ebenfalls als Vertragspartner der Klägerin im Rahmen eines gespaltenen Krankenhausvertrags für die Richtigkeit und Richtigstellung der Patientenakte, der Herausgabe von Behandlungsunterlagen und für Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche neben dem Beklagten zu 1) verantwortlich.

Gleichzeitig haftet der Beklagte zu 2) aus Delikt (§ 823 Abs. 1 BGB) für die ambulanten und stationären Anordnungen der Diensthabenden.

Für den Fall, dass ein hier geltend gemachter Anspruch als ein Recht des verstorbenen Sohnes angesehen werden müsste, macht die Klägerin dieses Recht als Rechtsnachfolgerin geltend. Eine entsprechende Vollmacht durch den Vater des verstorbenen Kindes, Thomas Gutmann, ist beigefügt, als

Anlage K0

Der Ehemann der Klägerin hat seiner Ehefrau ebenfalls seine Ansprüche auf Schmerzensgeld aufgrund des Todes seines Sohnes abgetreten.

Anlage K0

Ebenso wird vorsorglich die Schweigepflichtentbindungserklärung beigefügt als

Anlage K0

Eine Klageerweiterung auf weitere deliktische Haftungsschuldner, u.a. Frau Dr. R■■■■, Oberärztin an der Uniklinik Frankfurt und Frau Antoinette K■■-B■■, die die Einleitung der Geburt vorgenommen haben, Herrn Dr. K■■■■, ehemals Oberarzt an der Uniklinik Frankfurt, Dr. C■■■■, Assistenzarzt in der Geburtshilfe der Uniklinik Frankfurt, und Frau Dorothee S■■■■, ehemals Hebamme an der Uniklinik Frankfurt, die die Geburt am Abend und in der Nacht des 3.11. und 4.11.2007 betreut haben, behält sich die Klägerin vor.

Der Klägerin fehlen im Hinblick auf diese Personen die zustellungsfähigen (Privat)Anschriften. **Der Beklagte zu 2) wird aufgefordert, ihr die zustellungsfähigen Anschriften bis zum 14. Mai 2009 mitzuteilen. Das Gericht wird gebeten, dies dem Beklagten zu 2) aufzugeben, sofern der klägerischen Aufforderung nicht nachgekommen werden sollte.**

Uhr starb er an einem Pneumothorax/Pneumopericard auf der Kinderintensivstation; er konnte dort nicht mehr gerettet werden. Die anwesenden Hebammen waren Nicole W. [REDACTED] und Dorothee S. [REDACTED]. Die Ärzte der Geburtshilfe waren Oberarzt Dr. K. [REDACTED] und Assistenzarzt Dr. C. [REDACTED].

Die Eltern haben ihren Sohn nicht lebend gesehen; sie bekamen ihn tot übergeben. Todesursache (=Grundleiden) war eine hochgradige Mekoniumaspiration während der Geburt; mit dem Auftreten des Pneumothorax/Pneumopericards verwirklichte sich eine Komplikation, die durch ein Mekoniumaspirationssyndrom hervorgerufen wird. Ein solches Syndrom wird durch massiven Stress, erhebliche Sauerstoffunterversorgung und eine überlange Geburtsdauer hervorgerufen. Bei einer Mekoniumaspiration lässt der Fetus Mekonium ins Fruchtwasser. Als Mekonium werden Abfallprodukte (Kot und anderes) bezeichnet, die sich über die Zeit im Kindesleib ansammeln und regelmäßig 1 bis 2 Tage **nach** der Geburt ausgeschieden werden. Diese Abfallprodukte werden auch Kindspech genannt, weil sie sehr dunkel, fast schwarz und von sehr zäher Konsistenz sind. Die Inhaltsstoffe sind sehr aggressiv. Da ein Fetus im Mutterleib mit dem Fruchtwasser die Lungenatmung übt, ist regelmäßig bei der Geburt Fruchtwasser in der Lunge. Bei einer natürlichen Geburt wird das Fruchtwasser durch die Pressung im Geburtskanal herausgepresst. Da dies bei einer Kaiserschnittgeburt fehlt, wird das Kind abgesaugt, was üblicherweise unproblematisch ist. Eine Mekoniumausscheidung ins Fruchtwasser ist gefährlich, wenn der Fetus dieses Mekonium aufgrund Sauerstoffmangels in sich einsaugt, um den Sauerstoffmangel zu kompensieren. Das Mekonium setzt sich zunächst in den Atemwegen fest und verschließt die Lungenbläschen. Damit wird die Atmung unmöglich, jedenfalls aber erheblich erschwert. Bei Moritz Emil Gutmann lag eine **hochgradige** Mekoniumaspiration vor (so die in der Patientenakte verwendete Diagnose der Pathologie), wobei sich das Mekonium, das massiv und über lange Zeit eingeatmet wurde,

überall im Körper, in Magen, Darm und sämtlichen inneren Organen absetzte.

Zwingendes Gebot bei jeder Geburt und gerade bei der Geburt eines ausgereiften Kindes (bei diesen kann eine Mekoniumaspiration eher auftreten) während der Austreibungsphase vor Eintritt des Kindes in den Geburtskanal ist es daher, Stress und massiven Sauerstoffmangel, die eine Mekoniumaspiration im Mutterleib hervorrufen, unbedingt zu vermeiden. Bekommt der Säugling im Mutterleib nämlich nicht mehr genügend Sauerstoff, schaltet der Körper des Fetus auf „Sparflamme“, sog. Zentralisation, d.h. Sauerstoff wird automatisch nur noch zum Gehirn geleitet, wo er überlebensnotwendig ist. Nicht unmittelbar überlebensnotwendige Organe, wie z.B. der Darm, erhalten keinen Sauerstoff mehr. Folglich lässt der Fetus das, was sich im Darm angesammelt hat, ungehindert ins Fruchtwasser fließen.

Wenn der Fetus dann unter anhaltendem, wiederholtem und schwerem Sauerstoffmangel leidet, den er nicht mehr kompensieren kann, versucht er, durch Schnappatmung seinen Sauerstoffbedarf zu decken; als Konsequenz gelangt dabei immer mehr Mekonium in seine Atemwege und schließlich auch in seinen ganzen Körper.

Beweis: 1) Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe von J. Baltzer, K. Friese, M. Graf und F. Wolff, 2004, S. 310,311, **Anlage K 66**
2) Handbuch Kinderheilkunde Colic.eu
Mekoniumaspiration, **Anlage K 53**

Grünes Fruchtwasser kann in bis zu ca. 25 % der Geburten auftreten. Gerade in der letzten Phase der natürlichen Geburt, der Pressperiode, sind Feten naturgemäß erhöhtem Stress ausgesetzt (den sie jedoch regelmäßig gut kompensieren können) und lassen dadurch "Kindspech" ins Fruchtwasser. Da sich der Kopf des Kindes in der Pressperiode jedoch bereits im Geburtskanal befindet, besteht keine Gefahr, dass sie das Mekonium dann noch einatmen.

Dennoch sind Geburtshelfer im Fall der Sichtung von grünem Fruchtwasser bei der Abnabelung des Kindes verpflichtet, den

Säugling möglichst noch vor seinem ersten Atemzug abzusaugen. Damit wird vermieden, dass diese Säuglinge mit ihrem ersten Atemzug nach Durchtrennung der Nabelschnur das in der Nase befindliche mekoniumhaltige Fruchtwasser einatmen.

Bei einer lange andauernden inauterinen Hypoxie (Sauerstoffmangel), die dann zur Asphyxie (Pulslosigkeit) wird, atmet der Säugling das Mekonium inauterin tief ein – es verteilt sich im ganzen Körper, so wie dies bei Moritz Emil Gutmann der Fall war.

Eine Komplikation des Mekoniumaspirationssyndroms ist ein Pneumothorax, die Todesursache des Säuglings Moritz Emil Gutmann (Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe von J. Baltzer, K. Friese, M. Graf und F. Wolff, 2004, S. 311 **Anlage K 66**).

3. Überblickartige Aufstellung der Verstöße der handelnden Ärzte und Hebammen unter Zugrundelegung der Leitlinien ärztlichen Handelns und ärztlichen Standards

Es existieren etliche Richt- und Leitlinien und ärztliche Standards, die zur ordnungsgemäßen Durchführung einer Geburt zu beachten sind. An diese Grundregeln haben sich die Mitarbeiter der Beklagten vorliegend nicht annähernd gehalten. Diese ärztlichen Standards bieten Gewähr dafür, dass eine Mekoniumaspiration gerade nicht auftritt. Dazu gehören, um nur einige beispielhaft aufzuzählen:

- Beachtung der Richtlinien/Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), gerade im Hinblick auf Einleitung der Geburt:

Strenge Indikationsstellung (noch strenger bei werdenden Müttern über 35 Jahren und über der 40. SSW), d.h. zwingende Notwendigkeit, die Geburt schnell zu beenden aufgrund Erkrankungen der Mutter und/oder des Feten,

fachärztliche Untersuchung, Kopf des Kindes muss im Becken sein, stationäre Aufnahme, um bei unvorhergesehenen Ereignissen sofort reagieren zu können, Berücksichtigung des Wunsches der Eltern, Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen.

Gegen alle diese Vorgaben wurde vorliegend bei der Klägerin verstoßen bzw. sie wurden gar nicht beachtet.

- Sofortige Beendigung der Geburt nach Einleitung, wenn das CTG gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe als pathologisch einzustufen ist. Diesbezüglich wurde im vorliegenden Fall viel zu spät reagiert.
- Ordnungsgemäße CTG-Kontrolle mit Auswertung (CTG-Score) alle 30 Minuten:
Bei der Klägerin erfolgte überhaupt keine standardisierte Auswertung des CTG oder sie wurde im Nachhinein aus der Akte entfernt.
- Berücksichtigung des Wehenbasaltonus (Basis des abdominalen Wehendrucks innerhalb der Gebärmutter, von dem aus Wehenamplituden ausgehen), des Wehenabstands (Häufigkeit der Wehen) und der Wehenamplitude in Beziehung zur Geburtsphase und Geburtsfortschritt.
Bei der Klägerin war der Wehenbasaltonus, der normalerweise während der Geburt bei 15 mmHg liegen muss und auf den sich der Druck nach einer Wehe vermindern muss, dauerhaft höher. Die Amplituden sind, was auf Organisationsfehler des Beklagten zu 2) hinweist, auf dem CTG nur sehr eingeschränkt auswertbar. Es traten Dauerkontraktionen auf, die keine Berücksichtigung fanden.
- Vermeidung überlanger Geburtsdauer – unterschiedlich je nach Phase zu bewerten.

Demnach darf die Austreibungsphase max. 2 Stunden dauern und nicht, wie bei der Klägerin, mehr als 6 Stunden.

- Reaktion bei Geburtsstillstand
In der Austreibungsphase liegt die Reaktionspflicht bei einem Geburtsstillstand bei 1 Stunde und nicht, wie bei der Klägerin, bei über 6 Stunden.
- Rasches Handeln bei pathologischem CTG
Bei der vorliegenden Geburt wurde viel zu spät gehandelt trotz mehrfach pathologischem CTG.
- Bei pathologischem CTG sofortige Überprüfung des PH-Wertes mittels Mikroblooduntersuchung (im folgenden MBU).
Bei der Klägerin wurde erstmals um 23 Uhr eine solche Überprüfung vorgenommen, obwohl das CTG bereits vorher mehrfach hoch pathologisch war.
- Keine MBU bei stundenlangem Geburtsstillstand, jedenfalls Wiederholung nach mindestens 30 Minuten bei persistierendem CTG und bei Entscheidung zur Geburtsbeendigung.
Falls doch eine MBU durchgeführt wird, dann muss jedenfalls eine Wiederholung bei fortbestehendem pathologischem CTG nach wenigen Minuten, spätestens aber alle 30 Minuten erfolgen. Hier erfolgte nur eine MBU um 23 Uhr und keine Kontrolle des Gesundheitszustandes mehr bis zur Geburt des Kindes um 00.10 Uhr, nicht einmal bei Entscheidung zur Geburtsbeendigung trotz fortbestehendem hoch pathologischem CTG.
- Einhaltung der E-E-Zeit von max. 30 Minuten bei eiligem Kaiserschnitt (hier so genannt), eher aber von max. 20 Min. wegen Notwendigkeit eines Notkaiserschnittes nach

Indikationsstellung zum Kaiserschnitt. Grob fahrlässige Unterlassung der Herstellung der Sectiobereitschaft.

Bei der Klägerin wurde vorliegend 40 Minuten gewartet.

- Beweis:**
- 1) Leitlinien zur Einleitung der Geburt der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, **Anlage K 70, S. 5-8**
 - 2) Leitlinien zum CTG, **Anlage K 71, S. 7 und S. 12**
 - 3) Dr. Thomas Bernar, Pathologische Geburt, **Anlage K 72, S. 3**
 - 4) Geburtsstillstand, **Anlage K 51**
 - 5) MBU, **Anlage K 42, Blatt 6**
 - 6) Stellungnahme zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sektio (E-E Zeit) bei einer Notlage der DGGG, **Anlage K 73**
 - 7) Mütterliche und kindliche Notfallsituationen von Universitätsfrauenklinik Tübingen, **Anlage K 74**

Die Klägerin und ihr Ehemann haben im Nachhinein etliche grobe Behandlungsfehler feststellen müssen. Sie haben den medizinischen Sachverhalt umfassend recherchiert, die Patientenakte gesichtet und einige Gespräche mit den beteiligten Ärzten und Hebammen der Uniklinik geführt. Darin traten immer mehr Widersprüche auf, in die sich Ärzte und Hebammen verwickelten. Die Patientenakte war im Nachhinein verändert worden.

Die Geburt hätte durch Kaiserschnitt zeitig beendet werden müssen, da es dem Kind, nach den Herztönen des CTG zu urteilen, aufgrund des durch die Geburtseinleitung erlittenen Wehensturms im Mutterleib immer wieder äußerst schlecht ging. Die Ärzte warteten einfach nur ab, obwohl über Stunden überhaupt kein Geburtsfortschritt zu verzeichnen war. Als endlich nach 6½ - stündiger Austreibungsphase ein Kaiserschnitt erfolgte, war der Sohn der Klägerin schon leblos. Nach fachärztlichen Vorgaben darf die Austreibungsphase längstens ½ bis max. 2 Stunden dauern. Bei dem Säugling wurde ein Apgar-Wert von 1 festgestellt. Ein gesundes Kind hat bei einer Geburt hat einen Apgar-Wert von 9 bis 10. Unter einem Wert von 5 bedarf ein Neugeborenes intensivmedizinischer Behandlung zur Lebenserhaltung.

Beweis: Apgar-Werte, **Anlage K 56**

1 Stunde und 5 Minuten später ist Moritz Emil Gutmann auf der Kinderintensivstation gestorben.

4. Vermutlicher Grund für das regelwidrige Handeln der Ärzte und Hebammen

Für die Klägerin und ihren Ehemann ist es mehr als offensichtlich, dass die Ärzte und Hebammen der Uniklinik, womöglich obwohl sie den schlechten Zustand des Kindes und sein Leiden im Mutterleib erkannt haben, jedenfalls aber hätten erkennen können und müssen, nur deshalb nicht gehandelt haben, weil es „Politik“ der Uniklinik ist, Kaiserschnitte zu vermeiden. Der Beklagte zu 1) berührt sich gegenüber anderen Kliniken damit, dass seine Klinik die wenigsten Kaiserschnitte durchführt und dass er die Kaiserschnitttrate seit Jahren massiv gesenkt hat. Für seine Kritik der an anderen Kliniken vermehrt durchgeführten Kaiserschnitte lässt er sich auch regelmäßig in der Presse zitieren. So erschien ein Artikel 8 Tage nach dem Tod von Moritz Emil Gutmann in der FAZ, weitere Artikel erschienen u.a. am 20.07.2008 in der Financial Times Deutschland.

Beweis: Zeitungsartikel in Kopie, **Anlage K 68**

Noch im Februar 2008 – also 3 Monate nach dem Tod des Sohnes der Klägerin in seiner Verantwortung – vertrat der Beklagte zu 1) als einziger bei einem Kongress von Gynäkologen in Frankfurt die Pro-Position im Hinblick auf die These: „Je weniger Kaiserschnitte eine Klinik hat, desto besser ist sie“.

Beweis: Bericht über den Kongress vom 15./16.02.2008, **Anlage K 75**

Für die in der Uniklinik herrschende Ideologie, bei einer Geburt einen Kaiserschnitt unter allen Umständen zu vermeiden, hat der Beklagte zu 1) den Eltern im Gespräch vom 20.11.2007 den ersten und besten Beweis geliefert. Als ihm die Eltern viele kritische Fragen, u.a. auch zum Handeln des am Abend des 03.11.2007 diensthabenden Oberarztes Dr. K■■■■ stellten, sagte dieser:

„Wenn Herr Dr. K■■■■ die MBU (Einschub: Erläuterung s. unten) nicht gemacht hätte, könnte man sagen, dass er zu lange gewartet hat. Aber er hat sie ja gemacht. **Er hat zu mir auch gesagt: Du hättest doch noch länger gewartet, Frank, oder?** Ja, ich kann aber auch die hohe Zangengeburt (Einschub: damit ist die natürliche Geburt mit dem Hilfsmittel einer Zange bei hohem Beckenstand des Kindes, also wenn der Fetus noch in Beckenmitte ist, so wie es beim Sohn der Klägerin der Fall war, gemeint), das kann Herr Dr. K■■■■ nicht.“ *(Einschub zum Verständnis: Bei der Zangengeburt, die eine natürliche Geburt durch den Geburtskanal darstellt, wird der gesamte Körper des Kindes gepresst. Dadurch wird, wie es auch sein soll, erreicht, dass sämtliche Atemwege frei von Fruchtwasser werden. Möglicherweise wäre eine solche Zangengeburt durch den Geburtskanal für den Sohn der Klägerin trotz seiner Mekoniumaspiration insofern günstiger gewesen, als dann viel von dem mit reichlich Mekonium durchsetzten Fruchtwasser bei seiner Geburt herausgepresst worden wäre. Der Beklagte zu 1) wollte mit dieser Aussage gegenüber Dr. K■■■■ deutlich machen, dass das ebenso lange Warten vielleicht nicht zum Tode des Säuglings geführt hätte, wenn **ER** so lange gewartet hätte, da er ja immer noch die hohe Zangengeburt hätte durchführen können.).*

Bei der Geburt des Sohnes der Klägerin ging es offenbar hauptsächlich darum, unter allen Umständen einen Kaiserschnitt zu vermeiden. Dieser „Kaiserschnittvermeidungs-ideologie“ ist Moritz Emil Gutmann, davon sind die Eheleute Gutmann überzeugt, zum Opfer gefallen.

Für diese Annahme gibt es noch weitere Tatsachen. Die Hebamme Dorothee S■■■■, die am Abend des 3.11.2007 Dienst hatte, hat die Klägerin nach ihrer Entlassung aus der Klinik nachversorgt. Auf die Frage der Klägerin, ob sich seit dem Tod von Moritz Emil im Ablauf einer Geburt in der Klinik wenigstens etwas verändert habe, um so etwas zukünftig zu vermeiden, sagte sie, dass seither die Kaiserschnitttrate wieder gestiegen sei. (Die Eltern, denen zunächst verklausuliert vermittelt wurde, dass nicht in der Geburtshilfe, sondern vielmehr auf der Kinderintensivstation beim Absaugen des Kaiserschnittkindes „etwas schief gelaufen sei“, verstanden diese Äußerung zunächst nicht. Warum steigt die Kaiserschnitttrate, wenn – wie ihnen vermittelt wurde, gerade deswegen, weil es eine Kaiserschnittgeburt war, Komplikationen beim Absaugen aufgetreten sind, fragten sie sich. Im Nachhinein verstanden sie allerdings dieses Aussage).

Auch hat die Hebamme Dorothee S■■■■ während eines Vorsorgetermins gegenüber der Klägerin die Aussage des Beklagten zu 1) bei seinem Vortrag während der Kreißaalführung, dass „bei ihm Dammschnitte verboten“ seien und sich jeder Arzt/Hebamme im Nachhinein für die trotz Verbotes durchgeführten Dammschnitte rechtfertigen müsse“, bestätigt. Sie sagte, dass sich jeder (Arzt oder Hebamme), der einen Dammschnitt durchführt, im Nachhinein beim Beklagten zu 1) zu rechtfertigen habe. Man müsse genau sagen, warum in der speziellen Situation der Geburt ein Dammschnitt unumgänglich gewesen sei.

Beweis: für das gesamte vorstehende Vorbringen:
1) Zeugnis der Frau Dorothee S■■■■, b.b.
2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Ein Hinweis auf die Richtigkeit der Behauptung ergibt sich aus der (neu gestalteten) Internetseite der Beklagten zu 2), wo es heißt, dass man auf eine im hessenweiten Vergleich niedrige Dammschnitttrate stolz sei.

Es bedarf nicht viel Phantasie, dass bei den Geburtshelfern in der Uniklinik auch bezüglich der durchgeführten Kaiserschnitte ein ähnlicher Rechtfertigungsdruck besteht/bestand.

5. Notwendigkeit/Erforderlichkeit der Klageerhebung trotz Einräumung der wesentlichen Behandlungsfehler durch den Beklagten zu 1) und Herrn Prof. Dr. Manfred K. (Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Uniklinik Frankfurt) im Gespräch vom 1. 7.2008

u.a. Erforderlichkeit der Existenz einer korrekten Patientenakte

Die Eltern mussten feststellen, dass die Patientenakte, die ihnen erst nach Einschaltung eines Anwalts trotz mehrfacher Aufforderung seit dem 22.12.2007 (erstmalige Aufforderung gegenüber dem Beklagten zu 1)) erst 5 Monate nach der Geburt im April 2008 zur Verfügung gestellt wurde, in großen Teilen unvollständig, unwahr und sogar nachweislich gefälscht ist, wie im folgenden aufgezeigt werden wird. Die Klägerin hat ein rechtlich schützenswertes Interesse daran, dass sämtliche Eintragungen in der Patientenakte über den Ablauf der Geburt, die unrichtig, nicht dokumentiert und im Nachhinein (nach Kenntnis von den tragischen Folgen der Entscheidungen der Geburtshelfer) verändert worden sind, korrigiert werden. Der Geburtsverlauf muss so dokumentiert sein, wie er tatsächlich stattgefunden hat. Denn die Klägerin und ihr Ehemann sind darauf angewiesen, dass über den Geburtsverlauf und den Tod ihres Sohnes, Moritz Emil, ein Sachverständigengutachten erstellt wird. Nur damit kann die Verantwortlichkeit und Haftung des Beklagten zu 1) und der Uniklinik Frankfurt für den Tod ihres Sohnes festgestellt werden.

Da sowohl ein vom Gericht bestelltes Sachverständigengutachten als auch ein Privatgutachten auf Basis der Behandlungsunterlagen, also nach Aktenlage, erstellt wird, müssen die Behandlungsunterlagen den tatsächlichen Sachverhalt wiedergeben.

Nach ständiger Rechtsprechung (BGH VersR 1978, 542; OLG Köln, MedR 1995, 69; OLG Oldenburg VersR 1999, 319) ist die Dokumentation im Arzthaftungsprozess das zentrale Beweismittel. Die ärztliche Dokumentationspflicht ist eine Nebenpflicht aus dem mit dem Patienten geschlossenen Vertrag und gleichzeitig allgemeine Berufspflicht der Ärzte (§ 10 Musterberufsordnung) – **Anlage K 69**.

Zwar dient die Dokumentation in erster Linie der Sicherung einer ordnungsgemäßen Behandlung (auch für Folgebehandlungen) und nicht dem Zweck, Beweise in einem Haftungsprozess zu sichern (BGH NJW 1993, 2375). Jedoch ist zu beachten, dass nach dem Grundsatz der „Waffengleichheit“ im Arzthaftungsprozess der Arzt die Möglichkeit erhält, durch Vorlage der Dokumentation die ordnungsgemäße Behandlung zu beweisen. Auch innerhalb des im Arzthaftungsprozess ausnahmsweise geltenden Amtsermittlungsgrundsatzes (BVerfG NJW 1979, 1925) kommt den Krankenunterlagen regelmäßig besondere Bedeutung zu. Wenn diese Dokumentation aber nachweislich unkorrekt ist – und zwar nicht nur lückenhaft (für diesen Fall existieren Beweiserleichterungs- bzw. Beweisumkehrregeln), sondern manipuliert und falsch ist, muss dem Patienten das Recht zugestanden sein, diese Dokumentation durch Leistungsklage richtig stellen zu lassen.

Erst mit einer ordnungsgemäßen Dokumentation kann sowohl die Klägerin als auch das Gericht ein auf korrekter Tatsachenbasis zu erstellendes Sachverständigengutachten über die Frage, ob (grobe) Behandlungsfehler festzustellen sind, einholen.

Sofern das Gericht der Ansicht ist, dass eine Feststellungsklage im Sinne von § 256 ZPO die für diesen Fall korrekte Klageart wäre, wird höflich um einen entsprechenden gerichtlichen Hinweis gebeten.

Die Klägerin kann aufgrund der bisherigen Erkenntnisse **nicht** ausschließen, dass die Patientenakte unmittelbar nach Kenntnis des für ihren Sohn tödlichen Geburtsverlaufs für eine „wohlwollende

Gutachtenerstellung im Sinne der Klinik und der handelnden Ärzte“ verändert worden ist. Auch hierfür existieren mehr als deutliche Anzeichen, die bei den jeweiligen Ansprüchen aufgezeigt werden.

Die Notwendigkeit zur Erstellung eines unabhängigen Gutachtens besteht, obwohl die Klägerin und ihr Ehemann davon überzeugt sind, dass die Beklagten zu 1) und zu 2) wissen, dass sie den Tod des neugeborenen Kindes voll zu verantworten haben und dafür zu haften haben.

Die Klägerin und ihr Ehemann haben sowohl den Beklagten zu 1) als auch die Uniklinik während des vergangenen Jahres mit sämtlichen Fehlern, Widersprüchen und versuchten Vertuschungen konfrontiert. Der Schriftwechsel und die Unterlagen umfassen zwei Ordner. Sowohl der Beklagte zu 1) im Gespräch am 23.04.2008 als auch der Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Prof. Dr. Manfred K. [REDACTED] im Gespräch am 01.07.2008 haben – jeder für sich – die entscheidenden Fehler/Schwachpunkte der tagsüber und am Abend des 03.11.2007 handelnden Ärzte und Hebammen eingeräumt: einerseits die Einleitung der Geburt ohne Indikation nebst Folgefehlern und andererseits den zu späten Kaiserschnitt/die zu lange Geburt in der Austreibungsphase ohne Geburtsfortschritt.

Der Beklagte zu 1) bestreitet zwar vorgerichtlich seine Anordnung zur Einleitung der Geburt, nicht aber die Tatsache, dass diese ohne Indikation durchgeführt worden ist.

Beweis: Schreiben des Beklagten zu 1) vom 01.08.2008,
Anlage K 9

Eingeräumt hat der Beklagte zu 1) im Gespräch vom 23.4.2008 insbesondere auch den zu spät durchgeführten Kaiserschnitt. Wörtlich sagte er auf die Frage der Klägerin, wie lange die Austreibungsphase der Geburt nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes längstens dauern dürfe: „4 Stunden, nur im Einzelfall

Gebärmutter). Es wurden dort, in der Uniklinik Frankfurt, bei dem Beklagten zu 2) bereits zwei vergebliche Versuche künstlicher Befruchtung durchgeführt, ebenfalls mehrere Versuche des Kryotransfers (Transfer von eingefrorenen Embryonen, die aus vorangegangenen Versuchen „übrig“ geblieben sind. Die Klägerin war in der Uniklinik, insbesondere in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe also bestens bekannt. Auch dem Beklagten zu 1) war sie bereits aufgrund einer Ultraschalluntersuchung zum Ausschluss von Fehlbildungen (Fehlbildungultraschall) während der Schwangerschaft (in der 22. SSW, am 25.06.2007), bekannt.

Aufgrund dieser Tatsachen, die Klägerin fühlte sich in der Uniklinik schon fast „zu Hause“ und nach dem Besuch einer Kreißsaalführung, die in der Uniklinik zwei Mal im Monat durch den Beklagten zu 1) angeboten wird, entschlossen sich die Klägerin und ihr Mann, ihren Sohn in der Uniklinik zur Welt zu bringen.

b) Anmeldung zur Geburt in der 36. SSW in der Uniklinik Frankfurt

Dementsprechend hat sich die Klägerin in der 36. SSW, am 25.09.2007, wie es in der Kreißsaalführung empfohlen wurde, zur Geburt angemeldet und sämtliche Angaben zu ihrer Schwangerschaft und den persönlichen und medizinischen Daten gemacht. Die Klägerin hat darum gebeten, dass ihr während des stationären Aufenthalts ein Einzelzimmer zugewiesen wird. Die zuständige Mitarbeiterin hat diese Angaben aufgenommen und ihr dieses, vorbehaltlich der Verfügbarkeit zum konkreten Geburtstermin, was ihrer Angabe nach aber „regelmäßig unproblematisch sei“, zugesagt. Die Klägerin gab der Mitarbeiterin, die das Formular über die Grunddaten der Klägerin und zum Schwangerschaftsverlauf ausgefüllt hat, auch an, dass die Schwangerschaft durch ICSI (Reproduktionsmedizin) entstanden ist und der Embryotransfer (ET) am 03.02.2007 war. Die

Mitarbeiterin in der Anmeldung der Geburtshilfe trug diese beiden Informationen in die Patientenakte ein.

Beweis: Patientenakte, Anlage K 47

c) Privater Behandlungsvertrag mit dem Beklagten zu 1)

Gleichzeitig schloss die Klägerin an diesem Tag einen privaten Behandlungsvertrag (Wahlarztvertrag) mit dem Beklagten zu 1). Bei Abwesenheit des Beklagten zu 1) musste, das hatte die Klägerin mit ihrer Unterschrift (die „Nr. 2“ wurde von ihr angekreuzt) gewählt, eine Betreuung durch einen Oberarzt gewährleistet sein.

Seit dem 27.3.2009, nach mittlerweile 1 Jahr und 5 Monaten nach dem tödlichen Geburtsverlauf stellt sich der Beklagte plötzlich erstmals auf den (für die Klägerin beschämenden, jedoch durchsichtigen) Standpunkt, sie sei nicht seine Patientin gewesen, er habe mit ihr keinen privatrechtlichen Behandlungsvertrag geschlossen. Dieses teilte er der Klägerin über seinen Rechtsanwalt in der letzten Woche mit. Der Beklagte zu 1) mag dem Gericht diese überraschende und neue Erkenntnis darlegen; die Klägerin weist – ausdrücklich unter Antizipation seines Vorbringens – bereits jetzt darauf hin, dass sie dieses Vorbringen zu widerlegen wissen wird.

Der Beklagte zu 1) war sowohl Vertragspartner der Klägerin als auch verantwortlicher Leiter der Geburtshilfe. In diesen Funktionen trägt er für die Entscheidungen und Maßnahmen, die in seiner Abteilung getroffen werden die Verantwortung, was er jedoch, unmittelbar nachdem ein gesundes und ausgereiftes Kind in seiner Abteilung verstorben ist, offenbar verdrängen möchte.

So teilte er den Eltern, in seinen Briefen zunächst „gebetsmühlenartig“ mit, „dass er bei der Geburt nicht anwesend

gewesen sei“, was ihnen sehr wohl bekannt ist. Sodann teilte er ihnen plötzlich schriftlich mit, dass der am Abend diensthabende Oberarzt Dr. K. [REDACTED] nicht **sein** Mitarbeiter (d.h. Mitarbeiter der Geburtshilfe), sondern Mitarbeiter des Leiters der Frauenklinik Prof. M. K. [REDACTED] sei, er für dessen Handeln also **nicht** einzustehen beabsichtige. Und nun, seit vorletzter Woche, dem 27.3.2009 will er plötzlich nicht einmal Vertragspartner der Klägerin gewesen sein.

Die Steigerung der Versuche des Beklagten zu 1), seine Person aus der „Angelegenheit“ herauszuhalten, sein starkes Interesse daran, mit der Tragödie um den Tod des Sohnes der Klägerin „nichts zu tun haben zu wollen“, dafür – trotz seiner Position als Leiter der geburtshilflichen Abteilung der Uniklinik Frankfurt – keinerlei Verantwortung übernehmen zu wollen, ist für die Klägerin mehr als deutlich.

Beweis: 1) Schreiben von dem Beklagten zu 1) an die Eheleute Gutmann vom 01.08.2008, **Anlage K 9**
2) Antwortschreiben der Eheleute Gutmann vom 10.08.2008, **Anlage K 10**

Verantwortung zu tragen, sieht nach Auffassung der Klägerin und ihres Ehemannes anders aus.

Warum der Beklagte zu 1) allerdings nicht mit den Vorkommnissen in Verbindung gebracht werden möchte, ist wiederum leicht erklärbar. Er weiß nämlich sehr genau, dass neben den handelnden Ärzten und Hebammen und des Beklagten zu 2) auch er für den Tod des Sohnes der Klägerin die volle Verantwortung trägt.

d) Untersuchung durch den Beklagten zu 1) am 25.9.2007 im unmittelbaren Anschluss an die Anmeldung zur Geburt

Der Beklagte zu 1) untersuchte die Klägerin unmittelbar, nachdem sie sich zur Geburt angemeldet hatte und den Wahlarztvertrag mit

ihm unterschrieben hatte. Bei Mutter und Fetus war alles in Ordnung, was dokumentiert wurde. Die Untersuchung rechnete der Beklagte zu 1) privatärztlich ab.

Beweis: Untersuchungsergebnis vom 25.09.2007, **Anlage K 42, Blatt 3**

Der Beklagte zu 1) bat die Klägerin, was sich auch aus seiner handschriftlichen Aufzeichnung in der Patientenakte ergibt, am ausgerechneten Entbindungstag (30.10.2007) wiederzukommen, falls sich zu diesem Zeitpunkt noch keine Wehen und somit keine Entbindung abgezeichnet hätte.

e) Untersuchung durch den Beklagten zu 1) am 30.10.2007

Am ausgerechneten Entbindungstag (30.10.2007), stellte sich die Klägerin – wie zuvor verabredet – beim Beklagten zu 1) zur Untersuchung vor. Dieser stellte durch Ultraschall und Doppleruntersuchung fest, dass alles in Ordnung ist. Es gab ein kurzes Gespräch über den weiteren Behandlungsverlauf, der bei Bedarf geschildert werden wird. Zugunsten des Beklagten zu 1) wird zunächst davon abgesehen, dieses Gespräch in seinen Einzelheiten zu schildern. Der Beklagte bat die Klägerin, zwei Tage später, also am 01.11.2007 um 11 Uhr wieder zur Untersuchung zu kommen.

An diesem Morgen war der Beklagte, wie der Klägerin und ihrem Ehemann mitgeteilt wurde, jedoch aufgrund der Teilnahme an dem in der Uniklinik stattfindenden Kongress verhindert, und hätte die Klägerin und ihren Ehemann, wie die Mitarbeiterin in der Anmeldung mitgeteilt hat, erst um 15 Uhr empfangen können. Man bot den werdenden Eltern an zu warten, oder aber zu Oberärztin Dr. R■■■■ als Vertreterin des Beklagten zu 1) zu gehen, die die Untersuchung ebenfalls durchführen könne.

Beweis: Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

f) Untersuchung durch die Vertreterin des Beklagten zu 1), Frau Dr. R■■■■ am 1.11.2007

Dieses Angebot nahmen die werdenden Eltern an. Während dieser Untersuchung, bei der wiederum alles in Ordnung war, teilte Frau Dr. R■■■■ der Klägerin und ihrem Ehemann, nachdem sie sich nach der Untersuchung durch den Beklagten zu 1) am 30.10.07 erkundigt hatte, ihre unverrückbare Einstellung im Hinblick auf eine evtl. Einleitung der Geburt vor Ablauf von 10 Tagen nach ausgerechnetem Geburtstermin mit. Wörtlich sagte sie: „An der Klinik, an der ich ausgebildet worden bin, war eine Einleitung der Geburt vor Ablauf von 10 Tagen streng verboten!“ Da die Eltern keine Einleitung wollten, war ihnen diese Einstellung sehr recht.

Frau Dr. R■■■■ teilte der Klägerin und ihrem Ehemann mit, dass sie in 2 Tagen erneut zur Kontrolle kommen sollten. Sie sagte, dass Herr Prof. L■■■■ das ganze Wochenende nicht anwesend sei und sie seine Vertretung übernehme. Die Eheleute Gutmann verabredeten sich mit Frau Dr. R■■■■ dementsprechend für Samstag, den 3.11.2007, im Anschluss an ihren Nachtdienst.

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Dr. Anke R■■■■, zu laden über die Uniklinik Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt/Main
2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b

g) Untersuchungstermin am 3.11.2007 durch die Vertreterin des Beklagten zu 1), Frau Dr. R■■■■

Mehr als erstaunt waren die Klägerin und ihr Ehemann dann, als sie, wie mit Frau Dr. R■■■■ am 1.11.2007 verabredet, zum nächsten Untersuchungstermin 2 Tage später, am Samstag, 03.11.2007 um 9 Uhr in der Uniklinik erschienen. Als Frau Dr. R■■■■ die Klägerin und ihren Ehemann im Wartebereich des Kreißsaales sitzen sah, wies sie unmittelbar die Hebamme

Antoinette K■■-B■■ an, „das Gel bereit zu legen“. Es handelte sich um die Bereitlegung eines Gels zur Einleitung der Geburt.

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Antoinette K■■-B■■, zu laden über die Uniklinik Frankfurt, b.b.
2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Die Klägerin und ihr Ehemann sahen einander fassungslos an und vereinbarten, dass sie das nicht einfach akzeptieren wollten, hatte doch dieselbe Ärztin 2 Tage zuvor von einer Einleitung der Geburt absolut abgeraten.

h) Einleitung der Geburt

Die Hebamme wollte dann die Geburtseinleitung vornehmen, ohne dass Frau Dr. R■■ überhaupt mit der Klägerin und ihrem Ehemann gesprochen hat. Die Klägerin weigerte sich und verlangte nach Frau Dr. R■■, die dann von der Hebamme Antoinette gerufen wurde.

Auf die Tatsache angesprochen, dass sie vor nur 2 Tagen von einer Einleitung absolut abgeraten hatte, sagte Frau Dr. R■■ nur: „Herr Prof. L■■ hat es angeordnet, er will es so.“ Die Klägerin und ihr Ehemann haben sich dagegen gewehrt, wollten diskutieren und dies nicht einfach so stehen lassen. Eine Diskussion gab es nicht, die Entscheidung stand fest und Frau Dr. R■■ verließ wieder den Raum.

aa) Keine fachärztliche Untersuchung

Die verunsicherten und verwirrten werdenden Eltern haben die Hebamme, die die Einleitung vornehmen sollte, dann aufgefordert, die Klägerin überhaupt erst einmal zu untersuchen.

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Antoinette K■■-B■■, b.b.
2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Nach Aufforderung hat Frau Karl-Berz dann den Muttermund und die Lage des Kindes untersucht. Die Cervix war weiterhin unreif,

wie die Hebamme der Klägerin mitteilte. Das Köpfchen des Kindes war noch nicht in das Becken eingetreten. Dann forderten die Eltern, dass die Hebamme das Untersuchungsergebnis an Frau Dr. R■■■■ übermittle und sie erneut zum Gespräch holt (denn Frau Dr. R■■■■ ließ sich bei den Eltern nicht mehr blicken – sie hatte ihren Nachtdienst beendet, die Anweisung des Beklagten zu 1) weitergegeben und offenbar kein Interesse, sich mit der Klägerin zu beschäftigen.)

Auf Drängen der Klägerin kam Frau Dr. R■■■■ doch noch einmal ins Zimmer. Die Klägerin wollte weiter untersucht werden und den Grund für die Einleitung erfahren, weil sie den "Sinneswandel" nicht verstehen konnte. Sie erreichte schließlich, dass noch ein Ultraschall durch ein Assistenzarzt durchgeführt wurde, ohne dass ihr aber das Ergebnis mitgeteilt worden wäre (diese Untersuchung ist im Übrigen ebenfalls, wie auch alles andere im Hinblick auf die Einleitung **nicht** in der Patientenakte **dokumentiert**). Es spielte offensichtlich auch keine Rolle, da die Entscheidung zur Geburtseinleitung von vornherein feststand.

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Antoinette Karl-B■■■■, b.b.
2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Zu allem Überflus sagte die Hebamme Antoinette K■■■-B■■■ auf das weitere Zögern der Klägerin auch noch: „Wenn Sie das Gel jetzt nicht legen lassen, dann rutscht das Köpfchen des Kindes gar nicht mehr ins Becken“. Nach dieser für die Eltern eindeutigen Einschätzung gaben sie sich „geschlagen“. Die Hebamme Karl-Berz riet der Klägerin noch, schwimmen zu gehen, damit das Köpfchen des Kindes runterrutscht.

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Antoinette K■■■-B■■■, b.b.
2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

bb) Keine Entscheidungsmöglichkeit der Klägerin

Der Klägerin wurde überhaupt keine Wahl gelassen, sich gegen die Einleitung zu entscheiden. Ihr wurde keine Alternative (z.B. abwarten) aufgezeigt, ein „Nachhausegehen“, ohne die Einleitung durchführen zu lassen, war schlichtweg unmöglich. Die Klägerin hat sich mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln gewehrt, immer wieder auf vorheriger Untersuchung bestanden, um überhaupt erst einmal die Grundlage für die Einleitung zu verstehen. Sie hat immer wieder die Hebamme angehalten, doch über das Ergebnis der auf ihr Drängen durchgeführten Untersuchungen überhaupt erst einmal mit Frau Dr. R■■■■ Rücksprache zu halten, dahingehend, ob die Einleitung angesichts des Untersuchungsergebnisses überhaupt angezeigt und notwendig ist. Aber nichts half. Die oben genannte Äußerung der Hebamme, dass „das Kind sonst gar nicht mehr nach unten rutsche“, gab letztendlich den Ausschlag für die Klägerin – sie ließ die Einleitung geschehen.

Das ganze Hin und Her hat, bis es dann schließlich zur Einleitung kam, über eine Stunde gedauert. Die Klägerin und ihr Ehemann waren um 9 Uhr zum vereinbarten Termin mit der Vertreterin des Beklagten zu 1), Frau Dr. R■■■■ gekommen. Sie haben sich fast eine volle Stunde mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln, mit Diskussionen und der Aufforderung nach Untersuchungen gegen die für sie so unverständliche Entscheidung zur Geburtseinleitung gewehrt. Gegen 10.10 Uhr ist die Einleitung dann durch die Hebamme Karl-B■■■■ durchgeführt worden. Sodann musste noch, so teilte die Hebamme der Klägerin mit, 1 Stunde ein CTG geschrieben werden. Dieses geschah bis ca. 11.10 Uhr. Sodann wurden die Klägerin und ihr Ehemann nach Hause geschickt.

- Beweis:**
- 1) Zeugnis der Frau Antoinette K■■■-B■■■, b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.
 - 3) CTG vom 03.11.2007, **Anlage K 43**

cc) Keine Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen

Während der ganzen Zeit wurde nicht ein einziges Mal über irgendwelche Risiken oder gar Nebenwirkungen gesprochen, weder von der Hebamme K■■-B■■ noch von Frau Dr. R■■. Die Klägerin hatte sich zuvor auch mit der Einleitung einer Geburt nicht auseinandergesetzt, da für sie klar war, dass Frau Dr. R■■ die Einleitung vor Ablauf von 10 Tagen niemals befürworten würde. Von daher kam sie am 3.11.2007 in dieser Hinsicht völlig unvorbereitet zum Termin. Sie hatte daher auch noch überhaupt nichts von Risiken oder Nebenwirkungen einer Einleitung gehört oder gelesen. Von Frau Dr. R■■ wurde der Klägerin, als die Einleitung schließlich – nach 1 Stunde Diskussion – durchgeführt wurde, lediglich mitgeteilt, sie solle am nächsten Tag „nach dem Ausschlafen – gegen 11 Uhr“ wiederkommen. Da würde das nächste Gel gelegt. Es würde, so die Worte von Frau Dr. R■■ „3 Tage dauern, bis sich was tut. Manchmal tut sich auch gar nichts.“

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Antoinette K■■-B■■, b.b.
2) Zeugnis der Frau Dr. Anke R■■, b.b.

dd) Die Klägerin wurde trotz ihrer dahingehenden Frage nicht stationär aufgenommen

Die Klägerin schlug Frau Dr. R■■ noch vor, nachdem sie sich leise mit ihrem Mann abgesprochen hatte, wenn die Einleitung schließlich gemacht werden müsse, anschließend stationär in der Klinik zu bleiben. Sie und ihr Mann hätten nichts weiter vor, vielmehr würden sie nun stündlich auf die Geburt des Sohnes warten. Frau Dr. R■■ lachte und sagte: „Machen Sie sich ein schönes Wochenende! Genießen Sie die Zeit zu zweit, sie wird bald vorbei sein. Gehen Sie ins Kino. Kommen Sie morgen wieder, nach dem Ausschlafen, so gegen 11 Uhr.“

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Dr. Anke R■■, b.b.
2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.
3) Zeugnis der Hebamme K■■-B■■, b.b.

ee) Keine Dokumentation des Morgens des 3.11.2007 in der Patientenakte mit Ausnahme des CTGs und eines im Nachhinein gefertigten Gedächtnisprotokolls der Hebamme Antoinette K■■-B■■ vom 6.11.2007 – 3 Tage nach der Einleitung und 2 Tage nach dem Tod von Moritz Emil Gutmann

Die Klägerin und ihr Ehemann sehen es letztlich schon fast nicht mehr als erstaunlich an, dass in der Patientenakte mit Ausnahme des CTG **nichts** über die Einleitung der Geburt am Morgen des 03.11.2007 vorhanden ist, kein Untersuchungsergebnis, keine Bezeichnung des Einleitungsmittels und seiner Konzentration, kein Name der behandelnden Ärzte und Hebammen. Der gesamte Komplex der Geburtseinleitung ist nicht in der Patientenakte dokumentiert oder sie wurde (was die Klägerin nicht weiß, sondern nur vermuten kann) nachträglich herausgenommen. Es existiert lediglich ein „Gedächtnisprotokoll“ der Hebamme K■■-B■■ vom 6.11.2007.

Beweis: Gedächtnisprotokoll, Anlage K 57

Das Gedächtnisprotokoll, das 2 Tage nach dem tödlichen Geburtsverlauf verfasst wurde, berichtet davon, dass bereits in der Morgenbesprechung mit Frau Dr. R■■ die ambulante Einleitung beschlossen wurde, also noch, bevor die Klägerin überhaupt untersucht oder die Entscheidung mit ihr besprochen worden war. So heißt es in dem Gedächtnisprotokoll auch, dass die Eltern „primär überrascht“ waren und dass die Eltern die Hebamme aufgefordert haben, Frau Dr. R■■ zu holen und mit ihr Rücksprache halten wollten. Es steht dort drin, dass „nochmals“ Frau Dr. R■■ gerufen wurde. Die in dem Gedächtnisprotokoll erwähnte „Aufklärung über die Wirkungsweise des Gels“ bestand in der Tat in der Mitteilung, dass es Tage dauern könne, bis „sich was tut, manchmal tut sich auch gar nichts“ und dass die Klägerin

am nächsten Tag, „nach dem Ausschlafen gegen 11 Uhr“ wiederkommen sollte, da werde dann das nächste Gel gelegt.

Nicht zutreffend ist, dass der Klägerin gesagt wurde, dass sie bei regelmäßiger Wehentätigkeit wiederkommen sollte. Abgesehen davon, dass die Klägerin das ohnehin gemacht hätte und gemacht hat, hat zu diesem Zeitpunkt niemand, weder Frau Dr. R. ■■■ noch die Hebamme Antoinette K. ■■-B. ■■, geschweige denn die Klägerin, eine Wehentätigkeit vor der Wiedervorstellung am nächsten Tag in Betracht gezogen. Daher wurde darüber auch überhaupt nicht gesprochen. Der Klägerin wurde vielmehr geraten, schwimmen zu gehen (sie mag sich nicht vorstellen, wenn sie diesen Ratschlag befolgt und sie im Schwimmbad der Wehensturm ereilt hätte.)

Einschub: Auf der kürzlich neu gestalteten(!) Internetseite der Uniklinik Frankfurt ist im Übrigen neuerdings davon die Rede, dass Einleitungen „regelmäßig stationär“ durchgeführt werden ([www.http://141.2.205.15/zfg/geb/kreisssaal.html](http://141.2.205.15/zfg/geb/kreisssaal.html)).

Es ist weder dokumentiert, aus welchem Grund die Einleitung erfolgte, auf wessen Anweisung sie erfolgte (es heißt jedoch an zwei Stellen der Patientenakte: „Pat (Patientin) hat heute morgen ein Gel von Prof. L. ■■■ erhalten“), welches Mittel zur Einleitung gegeben wurde, noch in welcher Konzentration. Es ist weder die Doppleruntersuchung, noch die Feststellung der Reife des Muttermundes durch die Hebamme, noch die Ultraschalluntersuchung des Assistenzarztes in der Patientenakte.

In der Zwischenzeit hat sich u.a. auch der Hessische Datenschutzbeauftragte aus datenschutzrechtlicher Hinsicht für den Inhalt und die Dokumentationen der Patientenakte interessiert. Die von der Klägerin und ihrem Ehemann monierten Auslassungen der Eintragungen wurden auch von dem Mitarbeiter

des Hessischen Datenschutzbeauftragten bei Einsicht der Original-Patientenakte nicht gefunden.

- Beweis:**
- 1) Patientenakte, **wird in der der Klägerin zur Verfügung gestellten Kopie mitgeführt**
 - 2) Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch, Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresmann-Ring 1, 65189 Wiesbaden

Dass die Dokumentationen gefertigt, im Nachhinein jedoch unzulässigerweise entfernt worden sind, dafür hat die Klägerin Anhaltspunkte, die noch an anderer Stelle präsentiert werden.

ff) Folge der Einleitung – Wehensturm –(heftigste Wehen in einem Abstand von 1 ½ bis 2 Minuten

Die Folge der Einleitung der Geburt mit einem Prostaglandin-Gel war ein Wehensturm, eine mögliche Nebenwirkung, über die die Klägerin aber, wie oben ausgeführt, nicht einmal ansatzweise informiert wurde.

- Beweis:**
- 1) Minprostin, Vaginalgel; Rote Liste, **Anlage K 67**
 - 2) Zeugnis der Frau Nicole Wieditz, zu laden über die Uniklinik, b.b.
 - 3) Zeugnis des Herrn Dr. Stefan K■■■■, zu laden über Kinderwunschzentrum Düsseldorf, Völklinger Str. 4, 40219 Düsseldorf
 - 4) Zeugnis des Herrn Dr. Christian C■■■■, zu laden über die Uniklinik, b.b.
 - 5) Zeugnis der Frau Dorothee S■■■■, b.b.
 - 6) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Der Wehensturm begann am Nachmittag des 03.11.2007 gegen 15.15 Uhr. Die heftigsten Wehen kamen in einem Abstand von 1½ bis 2 Minuten. Die Klägerin wusste gar nicht, wie ihr geschah. Sie wurde am Morgen aus der Uniklinik nach Hause geschickt mit den Worten: „Das dauert 3 Tage, manchmal tut sich auch gar nichts. Wir müssen das Gel jetzt jeden Tag legen, kommen Sie morgen nach dem Frühstück wieder.“ Und dann lag sie zu Hause, konnte das, was passierte, überhaupt nicht einschätzen, die Wehen

kamen gleich zu Beginn in äußerst rascher Folge und wurden sehr schnell immer heftiger. Den Begriff „Wehensturm“ kannte die Klägerin zu diesem Zeitpunkt nicht, er stand auch nirgendwo in ihren Büchern, die sie während der Schwangerschaft reichlich gelesen hatte. Sie vermutete daher erst, dass es sich um Senk- oder Vorwehen handelte, da nirgendwo in ihren Büchern von einem Wehen**beginn** im Abstand von 1 - 2 Minuten zu lesen war.

Die Klägerin rechnete auch angesichts der Worte von Frau Dr. R■■■■ und der Hebamme K■■■-B■■■ am Morgen auch überhaupt nicht mit dem Geburtsbeginn, es war ihr 1. Kind, das sie erwartete. Da sie in ihren Fachbüchern gelesen hatte, dass man Vorwehen von Geburtswehen dadurch unterscheiden könne, wenn man heiß baden oder duschen gehe, begab sie sich unter die Dusche. Ab diesem Zeitpunkt wurden die Wehen aber nahezu unerträglich und überaus bedrohlich. Dazu bekam sie heftigsten Durchfall, der sie daran hinderte, überhaupt aus dem Haus zu gehen. Die Situation war sogar so bedrohlich, dass sie Angst um ihren Sohn im Mutterleib bekam und nicht wusste, was passiert, ob ihr Sohn und sie das überstehen, bis sie in die Klinik kämen. Die Klägerin ist 2 Stunden und 5 Minuten nach Wehenbeginn in der Uniklinik Frankfurt angekommen.

i) Ankunft um 17.20 Uhr mit heftigsten hyperfrequenten Wehen in der Uniklinik

Als die Klägerin zusammen mit ihrem Mann – die Klägerin in Hausschuhen, da sie sich wegen diesen heftigsten Wehen nicht einmal normale Schuhe anziehen konnte und nur so schnell wie möglich ins Krankenhaus wollte – um 17.20 in der Uniklinik ankamen, war der Muttermund auf 8-9 cm geöffnet.

Beweis: OP-Bericht des Herrn Dr. K■■■■ vom 4.11.2007, **Anlage K 59**

Normalerweise öffnet sich bei einer „normalen“ Geburt der Muttermund ca. 1 cm pro Stunde.

aa) Vollständige Muttermunderöffnung auf 10 cm nach 2 Stunden und 35 Minuten seit Beginn der Wehentätigkeit

Bereits um 17.50 Uhr war der Muttermund vollständig auf 10 cm geöffnet.

- Beweis:**
- 1) Eintrag des Herrn Dr. K■■■■ in der Patientenakte vom 3.11.2007, 17.50 Uhr, **Anlage K 42 Blatt 4**
 - 2) Schreiben des Beklagten zu 1) vom 11.2.2008, **Anlage K 3**
 - 3) Zeugnis der diensthabenden Hebamme am 3.11.2007 bis 20 Uhr – Nicole W■■■■, b.b
 - 4) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b

Die Klägerin hatte schon bei Eintritt des Wehensturms das Gefühl, dass der Geburtsstart vollkommen unnatürlich, für das Kind belastend und gefährlich ist. Sie empfand die Situation als äußerst bedrohlich. Diese Befürchtung äußerte sie auch unmittelbar beim Eintreffen in der Uniklinik. Dieses wurde auch durch das erste CTG, das noch außerhalb des Kreißsaales gefertigt wurde, bestätigt, auf das die diensthabende Hebamme erschrocken erklärte: „Um Gottes willen – sofort in den Kreißaal“. (Das CTG wird mit der Klage angefordert, es muss vorhanden sein, da es doppelte Datenspeicherung bei den CTG Geräten gibt – es ist aber nicht in der Patientenakte vorhanden.)

Dieser völlig unnatürliche Geburtsstart wurde im weiteren Geburtsverlauf aber von niemandem, weder von den handelnden Ärzten noch von den Hebammen, auch nur ansatzweise berücksichtigt, weshalb auch darauf nicht adäquat reagiert wurde.

bb) Anschluss an das CTG, an einen Tropf und Legen einer PDA

Die Klägerin wurde unmittelbar danach an einen Tropf und an das CTG angeschlossen.

Die in der Patientenakte vorhandene CTG-Aufzeichnung beginnt erst um 17.38 Uhr, 18 Minuten nach Eintreffen in der Klinik. (Die Klägerin kann sich in diesem Zusammenhang nicht erklären, dass es nach ihrer Ankunft noch 18 Minuten gedauert haben soll, bis sie an das CTG nach der ersten geschockten Reaktion der Hebamme angeschlossen wurde. Ihrer Erinnerung nach ging es dann nämlich ganz schnell, sie wurde in den Kreißsaal geleitet und sofort an das CTG angeschlossen. Warum die Aufzeichnung dann aber erst um 17.38 Uhr beginnt, verwundert die Klägerin.)

Die Klägerin wurde mit einer PDA (Periduralanästhesie = Rückenmarksbetäubung) betäubt und war dadurch bedingt schließlich schmerzfrei. Diese Schmerzfreiheit war für die Geburtshelfer offenbar ein willkommener Anlass, sich nur ab und zu im Kreißsaal blicken zu lassen, denn die Klägerin und ihr Ehemann waren über die Stunden hinweg still. Die Klägerin hätte den Wehensturm ohne Betäubung nicht auch nur noch eine halbe Stunde ertragen können, es waren für die Klägerin, die sich als alles andere als wehleidig ansieht, unvorstellbare und vor allem überaus bedrohliche Schmerzen.

Obwohl das ungeborene Kind der Klägerin und ihres Ehemannes während der Zeit zuhause die Wehen völlig unkontrolliert verarbeiten musste, dies auch während der Zeit in der Klinik aushalten musste, und die Klägerin immer wieder auf ihre großen Sorgen und Bedenken hingewiesen hat, hat sich im Weiteren niemand darum gekümmert.

Auf die Frage der Klägerin an die Hebamme Nicole W■■■■, ob der unkontrollierte Wehensturm zu Hause möglicherweise schädlich für das ungeborene Kind war, weil die Wehen so heftig und so schnell waren, sagte sie: „Das kann ich Ihnen nicht sagen, aber im Moment sind die Herztöne in Ordnung.“

Beweis: Zeugnis der Frau Nicole W■■■■, b.b.

Natürlich war die Klägerin nach dieser Aussage keineswegs beruhigt – sie wurde noch besorgter, als die Hebamme Dorothee S■■■■, die um 20 Uhr die Hebamme W■■■■ ablöste, sie auf ihre gegenüber der Hebamme W■■■■ geäußerten Bedenken ansprach. Dies zeigte der Klägerin, dass sich die Hebammen außerhalb des Kreißsaales über die Bedenken der Klägerin ausgetauscht hatten und ebenfalls ratlos waren. Aber dennoch sah sich niemand veranlasst zu handeln.

Beweis: Zeugnis der Frau Dorothee S■■■■, b.b.

cc) Sprengung der Fruchtblase durch die Hebamme Nicole W■■■■

Die Fruchtblase wurde um 17.45 Uhr von der Hebamme Nicole W■■■■ gesprengt (Fachbegriff: Amniotomie). Das Fruchtwasser war zu diesem Zeitpunkt noch klar.

Beweis: Eintrag in der Patientenakte,
Anlage K 48

Einen Geburtsfortschritt gab es nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes, also seit 17.50 Uhr bis zur Geburt um 00.10 Uhr (fast 6 ½ Stunden) überhaupt nicht. Das Köpfchen des Kindes war zu Beginn der Geburt nicht tief im Becken und rutschte auch während der 6 ½ Stunden nicht tiefer ins Becken. Um 17.25 Uhr war der Höhenstand des kindlichen Kopfes bei -1,0 , um 22 Uhr bei -1,25, der Kopf ist also wieder höher gerutscht. Nach 22 Uhr ist das Partogramm nicht weitergeführt worden, zumindest befindet es sich nicht in der der Klägerin zur Verfügung gestellten Akte. Um 23.30 Uhr war der Höhenstand bei -2.

Beweis: 1) Partogramm, **Anlage K 48**
2) Patientenakte, **Anlage K 42, Blatt 6**

Die meiste Zeit waren die werdenden Eltern allein im Kreißaal – da die Klägerin keine Schmerzen mehr hatte, war sie die ganze Zeit ruhig. Diese Ruhe haben Ärzte und Hebammen zum Anlass genommen, nur gelegentlich „vorbeizuschauen“. Dr. K■■■■, der ja wegen der Abwesenheit des Beklagten zu 1) als ihn vertretender Oberarzt die Verantwortung trug, war insgesamt inkl. der Entscheidung zum Kaiserschnitt trotz des um 17.50 Uhr diagnostizierten Wehensturms nur 3 mal (!) im Kreißaal bei der Klägerin, um 17.50 Uhr, 22 Uhr und 23.30 Uhr. Der Kreißaalarzt Dr. C■■■■ 2 mal.

Beweis: Geburtsbericht Patientenakte, **Anlage K 42**

j) weiterer Geburtsverlauf bis 22 Uhr

Da am Abend des 3.11.2007 nur eine einzige weitere Geburt zu betreuen war, hat der Ehemann der Klägerin die Hebammen oder die Ärzte immer wieder aus ihrem Aufenthaltsraum holen müssen, um zu fragen, ob alles in Ordnung sei.

Um 20 Uhr wechselten die Hebammen. Statt Nicole W■■■■ betreute nun die Hebamme Dorothee S■■■■ die Geburt. Da die Hebamme S■■■■ auch die Vorsorgehebamme der Klägerin war, kannten sie sich. Die Klägerin freute sich, dass die Hebamme S■■■■ zufällig an diesem Abend Dienst hatte.

Frau S■■■■ sagte, nachdem sie die Klägerin untersucht hat: „Um 9 Uhr (Anm. d.h. 21 Uhr) ist er (Anm. der Sohn der Klägerin) da.“ Sie bereitete die Ablagefläche vor, auf der der Sohn der Klägerin dann abgewaschen und erstversorgt werden sollte und zündete die Wärmelampe an.

Nach einiger Zeit schaltete die Hebamme S■■■■ die Wärmelampe wieder aus. Die Klägerin und ihr Ehemann wunderten sich darüber und konnten das nicht recht nachvollziehen.

Über weitere Stunden tat sich dann gar nichts. Die Klägerin lag einfach da, hatte keine Schmerzen und wartete. Für die Klägerin und ihren Mann lief (bis auf die eigenen, immer wieder geäußerten Bedenken, die von den Geburtshelfern nicht ernst genommen und „weggewischt“ wurden) augenscheinlich alles normal - bis zum Schluss. Zu keinem Zeitpunkt war von Komplikationen die Rede oder sind die Hebammen oder Ärzte in Umtriebigkeit oder gar Hektik verfallen, weil etwas vielleicht nicht „nach Plan“ lief. Die werdenden Eltern versuchten deshalb, ihre eigenen möglicherweise laienhaften Bedenken zu unterdrücken.

k) Weiterer Geburtsverlauf ab 22 Uhr

Um 22 Uhr wurde eine Kopfschwartenelektrode (KSE) gelegt. Ab diesem Zeitpunkt sind die Herztöne direkt von dem Köpfchen des Kindes abgeleitet worden.

Spätestens ab 22.30 Uhr hatte die Klägerin allerdings das Gefühl, dass irgendetwas „nicht stimmt“, obwohl sie durch die PDA betäubt war und eigentlich nichts mehr spürte. Sie fragte die Hebamme S■■■■ daraufhin, wenn sie im Raum war, wieder und wieder, ob denn alles in Ordnung sei. Aber die Bedenken der Klägerin wurden von der Hebamme S■■■■ immer mit den Worten abgetan: „na klar, ist alles in Ordnung.“

Auch der Ehemann der Klägerin, der das CTG, anders als seine Frau, ständig im Blick hatte, wies ab diesem Zeitpunkt mehrfach die Hebamme S■■■■ darauf hin, dass „das CTG ganz anders aussieht, als vorher“ und fragte ständig, ob denn noch alles in Ordnung wäre – die Ausschläge waren viel größer als vorher, es waren große, schnell aufeinander folgende Zacken/Ausschläge zu beobachten. Allerdings reagierte niemand darauf.

Beweis:

- 1) Zeugnis der Frau Dorothee S■■■■, b.b.
- 2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

I) Mikroblutuntersuchung (MBU) um 23 Uhr

Um 23 Uhr erfolgte, nicht durch den Oberarzt, sondern durch den Assistenzarzt Dr. C■■■■■, eine Mikroblutuntersuchung (MBU). Bei dieser MBU wird durch den geöffneten Muttermund Blut vom Kopf des Kindes abgenommen. Diese MBU dient als genaue, aber eben nur punktuelle (nämlich ausschließlich auf den Zeitpunkt der Blutabnahme bezogene) Bestimmung der kindlichen Sauerstoffversorgung. Der um 23.06 Uhr gemessene Wert, von dem von der Beklagtenseite behauptet wird, er stamme vom Sohn der Klägerin (auf der den Eltern präsentierten Blutuntersuchung steht kein Name, nur eine Patientennummer), war nach Aussage der Hebamme S■■■■■ gegen 23.10 Uhr mit 7,27 „grenzwertig.“

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Dorothee S■■■■■, b.b.
2) Ausdruck Mikroblutuntersuchung,
Anlage K 42, Blatt 6

Als die Hebamme S■■■■■ der Klägerin das Ergebnis der „grenzwertigen“ MBU gegen 23.10 Uhr mitteilte, drängte sie vehement darauf, dass Oberarzt Dr. K■■■■■ sofort (!) kommen soll. Gerade weil sie das Gefühl hatte, dass etwas Schlimmes passiert. Sie hatte bereits seit ½ Stunde, seit 22.30 Uhr dieses unguete Gefühl. Nach Bekanntgabe des Wertes wurden die Klägerin und ihr Ehemann wieder allein gelassen. Daher schickte die Klägerin ihren Mann mit dem Auftrag aus dem Zimmer, Oberarzt Dr. K■■■■■ sofort rufen zu lassen. Dies tat der Ehemann der Klägerin auch.

Der dringende Ruf nach Dr. K■■■■■ wurde ignoriert, ebenso das vehemente Nachfragen durch den Ehemann der Klägerin. Auch auf nochmalige Intervention des Ehemanns der Klägerin, sagte Hebamme S■■■■■: „Herr Dr. K■■■■■ kommt erst gegen 23.30 Uhr, er ist noch auf der Station“. So musste die Klägerin sich fügen, fühlend, dass schon etwas Schlimmes passiert war.

- Beweis:** 1) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.
2) Zeugnis der Frau Dorothee S■■■■, b.b.

m) Entscheidung zum Kaiserschnitt um 23.30 Uhr

Als Herr Dr. K■■■■ kam, untersuchte er die Klägerin nochmals und stellte erneut fest, dass das Köpfchen des Kindes – wie schon seit Stunden – nicht weiter runtergerutscht war. Weiter teilte er mit, dass er, weil sich das Kind so weit oben in Beckenmitte befinde und aufgrund des hohen Geradstands auch keine Zangengeburt durchführen könne. Er entschied um 23.30 Uhr, dass ein Kaiserschnitt gemacht werden sollte.

n) Ausführliches Aufklärungsgespräch durch Herrn Dr. C■■■■ mit der Klägerin über die Risiken des Kaiserschnitts, ausfüllen und unterschreiben des Aufklärungsbogens durch die Klägerin

Sodann bereitete man die Klägerin ohne jegliche Eile für den Kaiserschnitt vor. Sie wurde rasiert. Herr Dr. C■■■■ ging mit ihr einen sämtliche Risiken und Fragen eines Aufklärungsbogens zum Kaiserschnitt durch. Die Klägerin, sah schon „alle Felle wegschwimmen“ und hatte schon das verzweifelte, niederschmetternde und unbeschreibbare Gefühl, dass „alles zu spät ist“. Sie sagte immer nur: „Machen Sie mit mir, was Sie wollen, ich unterschreibe alles, Hauptsache, dem Kind geht es gut!“ Sie wollte nur, dass das Kind endlich geholt wird.

Das Formular mit der Aufklärung über Risiken des Kaiserschnitts, das die Klägerin unterschrieben hat, wurde aus der Patientenakte entfernt, die Herausgabe dessen ist Gegenstand der Klage.

Gegenüber Frau S■■■■ fragte die Klägerin immer und immer wieder: „Ist denn alles in Ordnung, geht es dem Kind gut?“ Immer und immer wieder! Zu ihrem Sohn, den sie durch den Bauch permanent streichelte, sagte die Klägerin immer wieder: „Halt durch, mein Kleiner, halt durch!“ Aber Frau S■■■■ sagte stereotyp:

„Ja, es ist alles in Ordnung. Wenn es nicht in Ordnung wäre, würden hier jetzt alle hektisch rumlaufen. Aber Sie sehen doch, es sind alle ganz ruhig.“

Im Nachhinein sagte Frau S■■■■, dass Sie durch den tragischen Tod von Moritz Emil gelernt hätte, viel mehr auf die Empfindungen der Schwangeren während der Geburt zu hören.

Beweis: Zeugnis der Frau Dorothee S■■■■, b.b.

Ein herbeigerufener Anästhesist sollte die PDA der Klägerin für den Kaiserschnitt „hochspritzen“. Dies tat er und fragte die Klägerin in Abständen von einigen Minuten, ob sie auf ihren Oberschenkeln die kalte Flüssigkeit spüren könne, die er ihr zum Test, ob alles ausreichend betäubt sei, aufspritze.

o) Verbringen der Klägerin in den Operationssaal - Kaiserschnitt

Als die Klägerin gegen 23.50 Uhr in den Operationssaal verbracht wurde, hatte sie ein Gefühl, das man mit „das war´s“ überschreiben kann. Sie hatte die Qualen des Kindes gespürt, aber niemand hat ihre Sohn geholt, ihn aus seinen Qualen befreit. Und nun war es vorbei – das spürte die Klägerin.

Ihr Ehemann musste sich zur Operation mit steriler Kleidung versorgen und kam dann zum Kaiserschnitt hinzu. Das, was ihn und die Klägerin dort erwartete, empfand der Ehemann der Klägerin mehr als surreal. Oberarzt Dr. K■■■■, der mit dem Kaiserschnitt begann, scherzte mit dem Anästhesisten darüber, ob nicht jemand ein Lied singen wolle. Und darüber, dass sowohl er als auch die Klägerin als auch der Anästhesist im selben Jahr geboren wurden. Die Stimmung im OP war mehr als locker. Bis der Oberarzt bei seinem Schnitt zu dem Säugling Moritz Emil Gutmann vordrang. Ab diesem Zeitpunkt herrschte Totenstille.

**p) Geburt des Sohnes der Klägerin und ihres Ehemannes,
4.11.2007, 00.10 Uhr**

Der Sohn der Klägerin und ihres Ehemannes, Moritz Emil, wurde um 00.10 Uhr per Kaiserschnitt aus erbsbreiartigem mekoniumhaltigem Fruchtwasser geboren. Man hat ihn den Eltern nicht gezeigt. Er war bereits leblos und bedurfte dringend intensivmedizinischer Behandlung. Er konnte weder atmen, noch schreien, hat sich nicht bewegt, war blass, reagierte nicht auf Reize. Sein Herz schlug nur noch ganz schwach – er bekam vom Assistenzarzt der Kinderintensivstation, Bartling, lediglich einen Apgar-Wert von 1. Bei einem Apgar-Wert werden 0 bis 2 Punkte für folgende Eigenschaften gegeben: Atmung, Herzschlag, Aussehen/Hautkolorit, Reflexe, Bewegung. Ein gesundes Neugeborenes hat einen Apgar-Wert von 9 bis 10; unter einem Wert von 5 bedarf ein Neugeborenes Intensivmaßnahmen zur Lebenserhaltung. Der Säugling wurde im OP erstversorgt und nach 10 Minuten auf die Kinderintensivstation gebracht. Die Eltern haben ihren Sohn einmal kurz gehört – sie haben ihn nicht lebend gesehen.

**q) Tod des Sohnes der Klägerin und ihres Ehemannes,
4.11.2007, 1.15 Uhr – Todesursache (Grundleiden):
hochgradige Mekoniumaspiration**

Die nächste Nachricht der Ärzte an die Eltern gegen 1.50 Uhr war, dass ihr Sohn tot ist. Er ist um 1.15 Uhr, 1 Stunde und 5 Minuten, nachdem er das Licht der Welt erblickt hat, an den Folgen (Pneumothorax, Pneumopericard) einer hochgradigen, Mekoniumaspiration auf der Kinderintensivstation gestorben.

Der Kinderarzt B. [REDACTED] diagnostizierte eine gemischt respiratorische und metabolische Azidose. Pathologisch fanden sich neuronal fokale Zeichen der Hypoxie. Moritz Emil hatte mekoniumverschmierte Fingernägel und einen

mekoniumverschmierten Nabel, was auf einen länger zurückliegenden Mekoniumabgang hinweist und eine längere inuterine Hypoxie (Sauerstoffmangel) als Grundlage hat.

- Beweis:**
- 1) Mekoniumaspiration Ausdruck, **Anlage K 76**
 - 2) Definition respiratorische und metabolische Azidose, Gauge/Henderson, CTG-Training, 4. Auflage, S. 7, 8 **Anlage K 87**
 - 3) Handbuch Kinderheilkunde, Colic.eu, S. 3, **Anlage K 53**
 - 4) Pathologischer Befund vom 09.11.2007, **Anlage K 64**
 - 5) Baltzer u.a., Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, **Anlage K 66, S. 310**
 - 6) Epikrise des Assistenzarztes Thomas B. [REDACTED], **Anlage K 56**

r) Überbringen des toten Säuglings Moritz Emil Gutmann an die Eltern

Die Klägerin und ihr Ehemann haben ihren toten Sohn gegen 2.45 Uhr nachts übergeben bekommen.

Um ca. 4.30 Uhr sind die Klägerin und ihr Ehemann auf ein Zimmer auf der Station verbracht worden. Niemand blieb bei ihnen, kein Arzt (die die Todesnachricht überbringenden Ärzte waren unmittelbar danach nicht mehr gesehen), keine Hebamme, kein Seelsorger, kein Psychologe, niemand.

Am Morgen des 4.11.2007 kam gegen 11 Uhr eine Stationsschwester zu ihnen, brachte ihnen Frühstück und sagte, man habe sie ausschlafen lassen wollen. Auch sagte sie, dass „Herr Prof. L. [REDACTED] jetzt im Hause ist und gleich zu Ihnen kommt.“ Am Mittag kamen die völlig schockierten Großeltern von Emil.

- Beweis:** Zeugnis von Herrn Theo Gutmann und Frau Edel Gutmann, [REDACTED]

Die Großeltern blieben bis ca. 16.30 Uhr. Während dieses Zeitraums tauchte der Beklagte zu 1) nicht auf. Erst gegen 17 Uhr erschien der Beklagte zu 1) und sagte, er sei fassungslos und

könne sich den Tod ihres Sohnes „nicht erklären“. Der Oberarzt der Kinderintensivstation, Dr. B■■■■■, der in der Nacht aus seiner Bereitschaft gerufen wurde, aber erst eintraf, als Moritz Emil schon tot war, bat am Abend die Eltern um Einwilligung zur Obduktion, die sie ihm gaben.

Am nächsten Tag (Montag, 5.11.2007) brachte der Beklagte zu 1) die Hebamme S■■■■■ mit. Er sagte: „Ich habe Ihnen Frau S■■■■■ mitgebracht, sie hat sich bei Ihnen nicht reingetraut.“ Auf die Frage der Eltern, woran Emil gestorben sei, erklärte er ihnen, dass er an einem beidseitigen Pneumothorax gestorben sei. Die Eltern verstanden diese Todesursache nicht. Ein paar Stunden später kam er erneut, diesmal wieder mit dem Oberarzt der Kinderintensivstation, Dr. B■■■■■ und dem kommissarischen Leiter der Kinderintensivstation, Priv-Doz. Dr. Sch■■■■■. Letzterer sagte kein Wort. Herr Dr. B■■■■■ versuchte zu erklären, wie es zu dem Pneumothorax gekommen sei: Das Kind habe „grünes Fruchtwasser gehabt“, er habe beatmet werden müssen und diese Beatmung hätte mit immer höherem Druck einhergehen müssen, wodurch ein Lungenriss entstanden sei. Die Eltern verstanden auch das nicht. Sie stellten sich immerzu die Frage, wie es zum Tod ihres Sohnes kommen konnte, trotz eines gesunden Kindes und einer ihrem Eindruck und dem gegenüber ihnen auch vermittelten Eindruck nach (nach dem Eintreffen in der Klinik) völlig komplikationslosen Geburt.

Niemand hat die Klägerin und ihren Ehemann in den Folgetagen unterstützt bei der Überbringung der schrecklichen Todesnachricht an die Großeltern, den Onkel und die Uroma von Moritz Emil Gutmann oder bei der Organisation der für die Eltern des kleinen Kindes, dem es kurze Zeit vorher im Mutterleib noch so gut ging, so unendlich schweren Beerdigung.

Nach 3 Tagen wurde die Klägerin aus der Klinik entlassen. Der erfolgte Milcheinschuss bei ihr wurde medikamentös gestoppt.

s) Beerdigung von Moritz Emil Gutmann am 13.11.2007

Die Beerdigung des neugeborenen Kindes Moritz Emil Gutmann fand am 13.11.07 statt.

7. Geschehnisse nach der Entlassung aus der Klinik – Versuch der Eltern, das Geschehene zu verstehen und aufzuklären

Nach der Entlassung aus der Klinik mussten die verwaisten Eltern feststellen, dass die von dem Beklagten zu 1) bei Entlassung versprochene vollständige Aufklärung der gesamten Tragödie nicht geschieht. Von Seiten der Klinik hat es in der Folgezeit keine Kontaktaufnahme gegeben. So hat man den Eltern zugemutet, zusätzlich zu ihrer Trauer und Verzweiflung über den Verlust ihres unendlich geliebten und ersehnten Sohnes, für den alles wunderschön vorbereitet war und der nach einer wundervollen Schwangerschaft nur noch auf die Welt kommen sollte, auch noch eigene Aufklärung zu betreiben.

Das Leben der Eltern wurde durch den Tod ihres bis zur Geburt vollkommen gesunden Sohnes zerstört. Wo die unendliche Vorfreude der Eltern auf ihren kleinen Sohn war, kam unermessliches Leid, Schmerz, Verzweiflung und Tränen über sie.

a) Vergebliche Versuche der Kontaktaufnahme mit dem Beklagten zu 1)

Da die Eltern wissen wollten, was tatsächlich geschehen ist, wandten sie sich zunächst direkt an den Beklagten zu 1) – er war ihr Vertragspartner und ab der Anmeldung zur Geburt am 25.09.2007 ihr Ansprechpartner gewesen und hatte die lückenlose Aufklärung versprochen. Er hatte sich auch während des stationären Aufenthalts um sie gekümmert. Zu ihm hatten sie von Anfang an und auch noch nach dem tödlichen Geburtsverlauf

großes Vertrauen, wegen ihm wählten sie die Uniklinik (in der Hoffnung, dass er persönlich bei der Geburt zugegen ist). Jedoch blieben e-mails größtenteils unbeantwortet, ebenso wie die gegenüber seiner Sekretärin, Frau H [REDACTED], geäußerten Bitten nach einem Rückruf und nach einem Gesprächstermin. Die genauen Termine können die Eltern bei Bedarf rekonstruieren und angeben.

- Beweis:**
- 1) e-mails vom 14.12.2007, 21.12.2007, 24.12.2007, 05.01.2008, **Anlage K 1**
 - 2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.
 - 3) Zeugnis der Frau H [REDACTED], zu laden über die Uniklinik, b.b.

Die Eltern fühlten sich behandelt nach dem Motto: Geburt vollzogen, Kind tot, Eltern entlassen, Fall erledigt.

Eine Äußerung des Beklagten zu 1) wenige Tage nach der Entlassung aus der Klinik, als die Eltern einen Termin mit einer Psychologin der Uniklinik wahrnehmen wollten und sie dem Beklagten zu 1) dabei zufällig über den Weg liefen, ließ in der Klägerin und ihrem Ehemann das Gefühl aufkommen, dass das Leben und Sterben von Moritz Emil Gutmann schnell vergessen gemacht werden sollte. Als der Beklagte zu 1) die Klägerin und ihren Ehemann sah, sagte er strahlend: „Familie Gutmann! Was führt Sie zu uns?“

b) Der Name des Neugeborenen Moritz Emil erschien nicht auf der Internetseite der Uniklinik, auf der nach eigener Überschrift ALLE Neugeborenen aufgeführt sind/waren.

Der Name des Sohnes der Klägerin und ihres Ehemannes wurde über Wochen hinweg trotz ihres vehementen Bittens nicht auf der Internetseite der Neugeborenen der Uniklinik Frankfurt aufgeführt wurde, obwohl nach dortiger Überschrift ALLE Neugeborenen der Uniklinik aufgeführt werden.

Beweis: 1) Ausdruck der Internetseite der Uniklinik vom 14. Dezember 2007, **Anlage K 52**
2) e-mail der Eheleute Gutmann an den Beklagten zu 1) vom 14.12.2007, **Anlage K 1**

Erst als Dritte den Beklagten zu 1) diesbezüglich befragten, stand der Name von Moritz Emil kurze Zeit später auf dieser Seite.

Beweis: Ausdruck der Internetseite der Uniklinik vom 29. Januar 2008, **Anlage K 52**

a) Gespräche mit den Beteiligten und Verantwortlichen der Geburt nach der Entlassung aus der Klinik

Letztlich haben die Eltern nach der Entlassung aus der Klinik zwei Gespräche (und nicht, wie der Beklagte zu 1) nachweislich gegenüber Herrn R. [REDACTED] von der Frankfurter Allgemeine Zeitung behauptete, 8 bis 10 Gespräche) mit dem Beklagten zu 1) führen können. Eines am 20.11.2007, kurz nach der Entlassung, als sie noch gar nichts wussten und nur ihre ohnmächtige Trauer und Verzweiflung spürten und sich immerzu fragten, warum ihr Sohn tot ist und ein weiteres am 23.4.2008, zusammen mit dem Oberarzt der Kinderintensivstation, Dr. B. [REDACTED], dem Justiziar T. [REDACTED] und dem Pfarrer K. [REDACTED].

Sie führten bei jedem Nachsorgetermin Gespräche mit der die Klägerin nachversorgenden Hebamme S. [REDACTED], sie führten jeweils ein Gespräch mit der die Einleitung vornehmenden Oberärztin Dr. R. [REDACTED], mit dem am Abend des 3.11.2007 diensthabenden Oberarzt Dr. K. [REDACTED], der als Vertreter des Beklagten zu 1) die Geburt zu betreuen hatte und mit dem Kinderarzt der Kinderintensivstation B. [REDACTED].

aa) Gespräch vom 20.11.2007 mit dem Beklagten zu 1) – 2 Wochen nach der Entlassung aus der Klinik, 1 Woche nach der Beerdigung

Das erste Gespräch mit dem Beklagten zu 1) am 20.11.2007 war, so empfinden es die Klägerin und ihr Ehemann im

Nachhinein, gekennzeichnet von dem offen zu Tage getretenen Versuch, Verwirrung bei den Eltern zu stiften. Quintessenz des Gesprächs war: „Ihr Sohn war vollkommen gesund. Bei der Geburt war alles in Ordnung, es ist alles ordnungsgemäß gelaufen, das aufgetretene grüne Fruchtwasser kommt in 30 % der Geburten vor – Emil musste vom Kinderarzt abgesaugt werden, auch das ist völlig normal und bei jedem Kaiserschnittkind zu leisten. Zu der Arbeit der Kinderintensivstation kann ich nichts sagen. Ich weiß auch nicht, warum Emil tot ist.“

Diese unfassbare Behauptung, er wisse nicht, warum Emil tot ist, wiederholte der Beklagte zu 1) sogar noch einmal in seinem Schreiben an die Klägerin und ihren Ehemann vom 11.02.2008.

Beweis: Schreiben des Beklagten zu 1) an die Eheleute Gutmann vom 11.02.2008, **Anlage K 3**

Auf die Einleitung der Geburt angesprochen, beeilte sich der Beklagte zu 1) zu behaupten, dass der Wehensturm, den die Klägerin erlitten habe, „nicht von der Einleitung komme“, da das Gel „nur 6 Stunden wirke“. Auf den Einwand des Ehemannes der Klägerin, der Wehensturm habe innerhalb der 6 Stunden gelegen, wollte der Beklagte zu 1) unter allen Umständen bei der Meinung bleiben, der Wehensturm rühre nicht von dem Einleitungsgel her. Die Vehemenz, mit der er das vorgetragen hatte, überraschte die Eheleute Gutmann, obwohl sie sich zu diesem Zeitpunkt nicht erklären konnten, warum er so reagierte. Die Klägerin, die den Wehensturm ja ertragen musste, war fassungslos über diese Behauptung und sagte, dass, wenn sie eines wisse, dann das, dass das nicht ihre eigenen (natürlichen) Wehen waren.

Einschub: Im Nachhinein konnten sich die Eheleute Gutmann das Verhalten des Beklagten zu 1) erklären, ist doch die ohne Indikation, fachärztliche Untersuchung und Aufklärung vorgenommene Einleitung der Geburt ein wesentlicher Grund für den tödlichen Geburtsverlauf. Insbesondere ist sein Verhalten auch vor dem Hintergrund zu verstehen, dass von Seiten seiner Oberärztin, Dr. R■■■■, er (aufgrund seiner mündlichen Anweisung) für die Einleitung der Geburt verantwortlich gemacht wird. Ganz unabhängig davon, dass er natürlich als Leiter der geburtshilflichen Abteilung und als Vertragspartner der Klägerin ohnehin die Verantwortung dafür trägt.

Später schrieb der Beklagte zu 1) in seinem Brief vom 1.08.2008 gegenüber den Eheleuten Gutmann sogar folgendes: „Die offensichtlich auch ohne mein Wissen durchgeführte Gabe der Prostaglandine hat möglicherweise die Geburt ausgelöst, sicher aber nicht die Mekoniumaspiration.“

Für die Klägerin und ihren Ehemann erneut ein mehr als durchsichtiger Versuch, sich aus der Verantwortung zu stehlen, denn der Wehensturm ist laut Eintragung des OA Dr. K■■■■ den ganzen Abend hindurch aufgetreten und hat die Hypoxie, die Asphyxie und die Mekoniumaspiration, die der Sohn der Klägerin zu erleiden hatte, mitverursacht. Die Wirkung der Einleitung endete somit keineswegs mit der Aufnahme der Klägerin in der Klinik oder der Sprengung der Fruchtblase.

Einschub Ende

Mit keinem Wort erwähnte der Beklagte zu 1), dass der Sohn der Eheleute Gutmann an einer schweren, hochgradigen Mekoniumaspiration starb, hervorgerufen durch massiven Stress und Sauerstoffmangel unter der Geburt und überlange Geburtsdauer. Auch im Arztbrief an den Frauenarzt der Klägerin, Dr. K■■■■, den der Beklagte zu 1) ihr bei Entlassung mitgab, steht an keiner Stelle etwas von Mekoniumaspiration als

Grund für den Tod des Kindes. Vielmehr ist dort nur „Pneumothorax“ aufgeführt, weshalb Dr. K■■■ sich mehr als wunderte, wieso es bei einem gesunden Kind zu einem Pneumothorax kam. Die Eltern konnten es ihm nicht erklären, sie wussten es nicht.

Nach diesem Gespräch mit dem Beklagten zu 1) vermuteten die Eltern ein Versagen der Ärzte auf der Kinderintensivstation beim „normalen Absaugen eines Kaiserschnittkindes“. Denn gesagt wurde ihnen, dass ihr Kind gesund war und die Geburt völlig normal verlief. Dass ihr Kind aber trotzdem tot ist, konnten die Eltern nicht begreifen.

Daher gingen sie dieser Vermutung in der ersten Zeit auch nach und suchten das Gespräch mit dem am Abend des 3./4.11.2007 diensthabenden Kinderarzt, B■■■■, das ergebnislos verlief. Dem Beklagten zu 1) glaubten sie zunächst und vertrauten ihm. Dies liegt nicht zuletzt an der zweifellos einzigartigen einnehmenden und Vertrauen erweckenden Persönlichkeit des Beklagten zu 1), von der sich die Klägerin und ihr Ehemann über Monate hinweg haben einnehmen lassen (vgl. auch Schreiben der Klägerin und ihres Ehemannes vom 19. Juli 2008, **Anlage K 7**).

Die Eltern haben sich nicht einmal gewundert, als plötzlich die Hebamme S■■■■, die am Abend des 3.11.2007 Dienst hatte und die die Klägerin zu Hause nachversorgen musste, anlässlich eines Nachsorgetermins sagte, dass sie nicht mehr bei der Uniklinik arbeite, sondern in das Geburtshaus nach München gehe.

bb) Gespräche mit der Hebamme S■■■■:

Gegenüber der Hebamme S■■■■ hatten die Eltern ebenfalls weiterhin Vertrauen, gingen sie doch davon aus, dass „in der

Geburtshilfe alles ordentlich abgelaufen“ sei. Sie überhäufte sie jedoch mit tausend Fragen, u.a. zu den Minuten, in denen sie ihren Sohn nach der Geburt mitversorgt hatte, zu den Vorgängen auf der Kinderintensivstation, aber auch, wie die beteiligten Ärzte mit dem Tod von Moritz Emil umgehen, ob sie einfach zur Tagesordnung übergehen. Nach ihren Angaben ließ sich Assistenzarzt Dr. C. [REDACTED] vom Kreißsaaldienst entbinden; er habe den Tod von Moritz Emil unmittelbar mitbekommen, da er vom Kinderarzt B. [REDACTED] hinzu gerufen worden war. Auf die Frage, ob über die Tragödie intern gesprochen worden sei, antwortete sie mit "nein". Hebamme S. [REDACTED] berichtete darüber, dass sie selbst, der Kreißsaalarzt Dr. C. [REDACTED] und Oberarzt Dr. K. [REDACTED] unmittelbar nach der Geburt ein Gedächtnisprotokoll verfassten, das in die Patientenakte eingefügt wurde; sie verwies die Eltern für ihre weitere Fragen u.a. auch darauf. Dieses Protokoll ist nun verschwunden.

Die Klägerin befragte Hebamme S. [REDACTED] u.a. auch, warum sie bei der Einleitung der Geburt nicht stationär aufgenommen wurde (worauf die Klägerin im Verwandten- und Bekanntenkreis immer wieder angesprochen wurde). Frau S. [REDACTED] erwiderte darauf:

„Prof. L. [REDACTED] testet intern ambulante Geburtseinleitungen, daher seid ihr nicht stationär aufgenommen worden.“ (Die Eltern hatten der Hebamme mittlerweile das „Du“ angeboten, weil sie von ihrer vollen Integrität ausgingen und sie einer der wenigen Menschen war, die ihren Sohn lebend gesehen hatte, was ihnen nicht vergönnt war. Insofern fühlten sie sich ihr verbunden).

Auf die Frage, ob denn wenigstens jetzt, nach dem Tod von Emil bei Einleitungen über die Risiken aufgeklärt werde, sagte sie: "Nein, das wird nie gemacht, auch jetzt nicht, denn so ein Wehensturm passiert eigentlich nie. Nur ich mache das jetzt, nach den Erfahrungen mit Emil."

Beweis für die Aussagen von Frau S ■■■■■:

- 1) Zeugnis der Frau Dorothee S ■■■■■, b.b.
- 2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Die Eltern schrieben während der weiteren Wochen Briefe und e-mails an die beteiligten Ärzte, baten um persönliche Treffen, damit sie vielleicht dann hätten verstehen können, warum ihr Sohn tot ist. Parallel informierten sie sich auch anhand der vorhandenen, ihnen zugetragenen Informationen über einzelne Punkte (z.B. Pneumothorax, Einleitung der Geburt, Wehensturm, grünes Fruchtwasser). Sie trafen sich mit der Oberärztin Dr. Reitter zu einem Gespräch am 12.2.2008.

cc) Gespräch mit der Oberärztin Dr. R ■■■■■ **über die Einleitung der Geburt**

Im Gespräch am 12.02.2008 konfrontierten die Eltern Frau Dr. R ■■■■■ mit dem Vorwurf, dass ihnen überhaupt keine Wahl gelassen wurde, sich gegen die Einleitung zu entscheiden, und dass über Risiken überhaupt nicht aufgeklärt wurde. Frau Dr. R ■■■■■ war offensichtlich über die gezielten Fragen überrascht. Sie sagte daraufhin, dass „sie aus dem Gespräch zwei Dinge mitnehme, nämlich, dass sich die Klägerin und ihr Ehemann mehr Betreuung seitens der Uniklinik erhofft und erwünscht hätten und dass sie veranlassen werde, dass die Hebammen jetzt mehr über die Wirkungen und Risiken einer Einleitung aufklären.“

Beweis:

- 1) Zeugnis der Frau Dr. Anke R ■■■■■, b.b.
- 2) Zeugnis des Herrn Gutmann, b.b.
- 3) Schreiben der Eheleute vom 17.3.2008, **Anlage K 18**

aaa) Anweisung durch den Beklagten zu 1), die Geburt einzuleiten

Die Klägerin und ihr Ehemann befragten sie darüber hinaus gezielt und mit einiger Hartnäckigkeit dahingehend, warum sie

die Einleitung der Geburt gemacht habe, wo sie doch 2 Tage vorher vehement davon abriet. Frau Dr. R■■■■ war diese Frage sichtlich unangenehm. Sie versuchte zunächst mit ausweichenden Antworten („das wird bei uns so gemacht“) um das Thema herumzukommen. Aufgrund des weiteren Vorhaltes ihrer eigenen Worte, die sie nicht abstritt, räumte sie schließlich ein, dass Prof. L■■■■ ihr „zuvor auf dem Gang gesagt habe, dass sie am Samstag bei Frau Gutmann die Einleitung machen solle“, so, wie sie es der Klägerin und ihrem Ehemann bereits am Morgen des 3.11.2007 gesagt hatte, als noch gar nichts passiert war.

Beweis:

- 1) Zeugnis der Frau Dr. Anke R■■■■, b.b.
- 2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.
- 3) Schreiben der Eheleute Gutmann an Frau Dr. R■■■■ vom 17.03.2008, **Anlage K 18**
- 4) Antwortschreiben von Frau Dr. R■■■■ vom 25.03.2008, **Anlage K 19**
- 5) Antwortschreiben der Eheleute Gutmann vom 31.03.2008, **Anlage K 20**

Auf dieses Gespräch hin konfrontierten die Eheleute Gutmann den Beklagten zu 1) mit der Aussage von Frau Dr. R■■■■, dass er ihr „auf dem Gang die Anweisung“ gegeben hatte, „am Samstag bei Frau Gutmann die Einleitung“ zu machen.

bbb) Bestreiten des Beklagten zu 1), mit der Einleitungsentscheidung der Geburt etwas zu tun zu haben.

Allerdings behauptet der Beklagte zu 1) (bis heute) vehement, mit der Einleitungsentscheidung der Geburt nichts zu tun zu haben. Im Gespräch mit ihm am 23.4.2008 unter Beteiligung des Oberarztes der Kinderintensivstation Dr. B■■■■, des Justizars T■■■■, des Pfarrers Ulrich K■■■■, der Klägerin und ihres Ehemannes bestritt der Beklagte zu 1), gegenüber seiner Oberärztin, Dr. R■■■■, die Einleitung der Geburt angeordnet zu haben.

dd) Gespräch vom 23.4.2008 mit dem Beklagten zu 1), dem Oberarzt Dr. B [REDACTED] von der Kinderintensivstation, dem Justiziar T [REDACTED] und Herrn Pfarrer K [REDACTED] öffnete den Eltern die Augen in Bezug auf die Verantwortlichkeiten für den Tod ihres Sohnes

Der Klägerin und ihrem Ehemann, die den beteiligten und verantwortlichen Ärzten weiterhin Briefe schrieben, um den Grund für den Tod ihres Sohnes zu erfahren, begegnete nun immer mehr Widerstand. Konkrete Fragen wurden nicht beantwortet. Angesichts dieser Reaktionen der Ärzte auf ihre Anfragen wurden die Eltern zunehmend skeptisch und misstrauisch.

Trotz Anforderung der Patientenunterlagen per e-mail an den Beklagten zu 1) bereits im Dezember 2007 hatten die Klägerin und ihr Ehemann zu diesem Zeitpunkt immer noch keine einzige Unterlage erhalten. Sie wussten immer noch nicht, warum ihr bis zur Geburt gesunder Sohn tot ist. Sie konnten sich nicht erklären, warum er, als (durch Obduktion nachgewiesen) vollkommen gesundes und ausgereiftes Kind (Gewicht 3610 g, Größe 53 cm) auf der Intensivstation behandelt werden musste, warum er einen Pneumothorax erlitt und nur 1 Stunde und 5 Minuten leben durfte.

- Beweis:**
- 1) e-mail an den Beklagten zu 1) vom 21.12.2007, **Anlage K 1**
 - 2) Schreiben an den Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Herrn Prof. Dr. M. K [REDACTED] vom 21.01.2008, **Anlage K 28, K 29**

Erst das Gespräch vom 23.04.2008, das ihnen vom Justiziar T [REDACTED] angeboten wurde, öffnete den Eltern die Augen. Denn der Oberarzt der Kinderintensivstation, Dr. B [REDACTED], sprach endlich einmal "Klartext". Erstmals sprach Dr. B [REDACTED] hierbei davon, dass sich der Sohn der Klägerin bereits bei Übergabe an die Kinderintensivstation in einem mehr als lebensbedrohlichen

Zustand befand. Er habe eine schwere Mekoniumaspiration erlitten. Auf der Kinderintensivstation habe man alles versucht, um ihn noch zu retten, was aber leider nicht mehr möglich gewesen sei.

- Beweis:**
- 1) Zeugnis des Herrn Dr. Horst B [REDACTED], zu laden über die Uniklinik, b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn Pfarrer Ulrich K [REDACTED], Basaltstr. 23, 60487 Frankfurt
 - 3) Zeugnis des Herrn Steffen T [REDACTED], zu laden über die Uniklinik, b.b.
 - 4) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Erst nach diesen klaren Worten (niemand hatte bisher von Mekoniumaspiration als Todesursache gesprochen) ergab dann alles einen Sinn und eine Erkenntnis folgte der nächsten.

9) Vergebliche Versuche der Eltern, die Geschehnisse innerhalb der Geburtshilfe durch Gespräche mit den Verantwortlichen aufzuklären

Aber unmittelbar, nachdem die Eltern aufgrund dieser neuen Erkenntnisse Gespräche mit den Ärzten aus der Geburtshilfe führen wollten, lehnten diese über den Justiziar der Uniklinik weitere Gespräche kategorisch ab. Daraufhin schrieben die Eheleute Gutmann an den Justiziar T [REDACTED] am 13.06.2008 ein langes Schreiben, in dem sie die gesamten Geschehnisse beschrieben und ihrer Empörung Ausdruck verliehen, dass so mit ihnen umgegangen wird. Auf dieses Schreiben wird ausdrücklich verwiesen und dessen Inhalt zum Vortrag der Klägerin gemacht.

- Beweis:**
- 1) Schreiben des Herrn T [REDACTED] vom 19.05.2008, **Anlage K 27**
 - 2) Schreiben der Eheleute Gutmann an den Herrn Dr. Christian C [REDACTED] vom 19.07.2008, **Anlage K 23**
 - 3) Antwortschreiben des Herrn Dr. C [REDACTED] vom 29.07.2008, **Anlage K 24**
 - 4) Schreiben der Eheleute Gutmann an Herrn Dr. C [REDACTED] vom 30.08.2008, **Anlage K 25**
 - 5) Schreiben der Eheleute Gutmann vom 13.06.2008 an den Beklagten zu 2), **Anlage K 54**

10. Versuch des Erhalts der Patientenakte und des CTG – Einschaltung eines Anwalts

Die Klägerin und ihr Ehemann mussten, um die Patientenakte zu erhalten, erst einen Anwalt einschalten, an den diese Akte dann, Ende April/Anfang Mai 2008 (zunächst ohne CTG) übersandt wurde.

11. Unvollständige, z. T. nicht chronologisch geführte, lückenhafte und im Nachhinein veränderte Patientenakte mit Falscheintragungen

Bei Durchsicht der Patientenakte war festzustellen, dass diese, wie sich aus der folgenden Begründung der Klageanträge ergibt, nicht nur lückenhaft, sondern offensichtlich im Nachhinein verändert, verfälscht und zudem in weiten Teilen nicht chronologisch ist.

Die Klägerin muss nach diesen Geschehnissen und Unterlagen vermuten, dass die Beklagten wohl Hoffnung hegten, dass die Akte so wie sie ist, fehlerhaft und unvollständig direkt zu einem Sachverständigen zur Begutachtung gegeben würde. Denn eine Gutachtenerstellung auf Basis der in der Patientenakte gestreuten falschen Informationen zum Geburtsverlauf hätte sich nur "positiv" für die Beklagten ausgewirkt, wie noch zu zeigen ist. Vielleicht hofften sie, dass sich niemand (weder der Anwalt als medizinischer Laie und ohne Kenntnis des tatsächlichen Ablaufs, noch die Klägerin oder ihr Ehemann) näher mit der Patientenakte beschäftigen würde. Anders ist es auch nicht zu erklären, dass der Beklagte zu 1) gegenüber Dritten, die sich für den Sachverhalt interessierten, bewusst wahrheitswidrig behauptete, die Patientenakte sei „lückenlos, wahrheitsgemäß und chronologisch“ geführt.

Beweis: Zeugnis des Herrn Tobias R [REDACTED], zu laden über die Frankfurter Allgemeine Zeitung, Hellershofstraße 2-4, 60327 Frankfurt am Main

12. Gespräch mit dem Vorstandsvorsitzenden und Ärztlichen Direktor der Uniklinik Frankfurt, Prof. Dr. Roland K■■■■■■, dem Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Prof. Dr. Manfred K■■■■■■ und dem Justiziar T■■■■ vom 1.7.2008.

Nachdem sich der Ehemann der Klägerin über dieses Verhalten telefonisch beim Vorsitzenden des Vorstandes mehr als verwundert gezeigt und ihm das Schreiben vom 13.06.2008 zur Kenntnis übersandt hat, lud dieser die Klägerin und ihren Ehemann zu einem Gespräch am 1.7.2008 ein. Hierzu lud er auch den Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Prof. Dr. M. K■■■■■■ hinzu, der aus fachlicher Sicht zu den Vorgängen Stellung nehmen sollte. Ebenfalls anwesend war Justiziar T■■■■.

Während Herr T■■■■ auf Befragen wiederholt äußerte, dass er nochmals mit den verantwortlichen Ärzten gesprochen habe und keinerlei Fehlverhalten erkennbar sei, führte Herr Prof. K■■■■■■ aus fachlicher Sicht aus, dass aus seiner Sicht in der Geburtshilfe zwei Fehlerquellen (später sprach er von Schwachpunkten) auszumachen seien: Zum einen die Einleitung der Geburt und zum anderen der zu späte Kaiserschnitt. Auf die Frage, wer die Einleitung zu verantworten habe, sagte er, dass er dazu leider keine abschließende Antwort geben könne. Er habe sowohl Frau Dr. R■■■■ als auch den Beklagten zu 1) befragt, jedoch würden beide auch ihm gegenüber den jeweils anderen für die Entscheidung Einleitung der Geburt verantwortlich machen. Abschließend führte er aus: „Ich versichere Ihnen, dass so etwas an meiner Klinik nicht mehr passieren wird.“

- Beweis:**
- 1) Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Manfred K■■■■■■, zu laden über die Uniklinik, b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn Steffen T■■■■, b.b.
 - 3) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Da er verstand, dass die Eltern noch etliche Fragen insbesondere an die geburtshilfliche Abteilung der Uniklinik hatten, die erst zu diesem Zeitpunkt (nämlich erst nach dem Erhalt der Patientenakte über ihren Anwalt) aufgekommen waren, riet er den Eltern, die für sie

entscheidenden Fragen schriftlich an den Beklagten zu 1) und die behandelnden Ärzte zu richten. Zwar könne er die Ärzte zur Beantwortung der Fragen nicht zwingen, versprach aber, sie weiterzuleiten.

Beweis: 1) Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Manfred K [REDACTED], b.b.
2) Zeugnis des Herrn Steffen T [REDACTED], b.b.
3) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

13. Fragenkatalog der Eheleute Gutmann auf Anraten des Direktors für Gynäkologie und Geburtshilfe, Prof. Dr. Manfred K [REDACTED] an die geburtshilfliche Abteilung und an die Abteilung für Neonatologie

Die Eltern fassten die sie interessierenden Fragen in zwei Fragenkatalogen zusammen: einer richtete sich mit 28 Fragen an die Geburtshilfe und ein anderer richtete sich mit 8 Fragen an die Kinderintensivstation, auf der ihr Sohn schließlich verstarb. Auf Anregung des Direktors der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Prof. M. K [REDACTED] und des Vorstandsvorsitzenden Prof. R. K [REDACTED] im Gespräch vom 01.07.2008 wurde der Fragenkatalog für die Kinderintensivstation an deren kommissarischen Chefarzt Priv.-Doz. Dr. Sch [REDACTED] adressiert und der Fragenkatalog für die Geburtshilfe an Herrn Prof. M. K [REDACTED], der ihn schließlich an den Beklagten zu 1) übermittelte.

Beweis: 1) Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Manfred K [REDACTED], b.b.
2) Schreiben der Eheleute Gutmann vom 19.7.2008 an Prof. M. Kaufmann nebst Fragenkatalog, **Anlage K 37**
3) Antwort von Herrn Prof. M. K [REDACTED] vom 27.07.2008, **Anlage K 38**

a) Ausführliche Beantwortung der Fragen durch die Neonatologie – Priv.-Doz. Dr. Sch [REDACTED]

Priv.-Doz. Dr. Sch [REDACTED] hat die an seine Abteilung gerichteten Fragen unverzüglich, ausführlich und mit großer Offenheit und Verständlichkeit beantwortet.

- Beweis:**
- 1) Fragenkatalog an Herrn Priv.-Doz. Dr. Rolf Sch████ vom 19.07.2008, **Anlage K 39**
 - 2) Fragenkatalog an den Beklagten zu 1) vom 24.07.2008, **Anlage K 8**
 - 3) Antwort des Herrn Priv. Doz. Dr. Sch████ vom 04.08.2008, **Anlage K 40**
 - 4) Rückantwort der Eheleute Gutmann an Herrn Priv.-Doz. Dr. Sch████ vom 8.8.2008, **Anlage K 41**

b) Keine Beantwortung der Fragen durch die geburtshilfliche Abteilung und den Beklagten zu 1)

Vom Beklagten zu 1) blieb eine Antwort auf die Fragen der Eltern im Hinblick auf das geburtshilfliche Vorgehen bis zum heutigen Tage aus.

Auch die unmittelbar an der Geburt beteiligten Ärzte haben (weitere) Gespräche wie auch schriftliche Stellungnahmen zu den Fragen der verwaisten Eltern abgelehnt.

- Beweis:**
- 1) Schreiben des Herrn Steffen T████ vom 28.04.2008, **Anlage K 24**
 - 2) Schreiben der Klägerin und ihres Ehemannes an den Beklagten zu 1) vom 10.08.2008 und 30.08.2008, **Anlage K 10 und K 12**

14. Eigene Aufklärung der Eheleute Gutmann im Hinblick auf die überwiegend groben Behandlungsfehler durch die Verantwortlichen innerhalb der Geburtshilfe während der Geburt

Den nach wie vor fassungslosen und verzweifelten Eltern wurde zugemutet, das Versagen der Ärzte und Hebammen der geburtshilflichen Abteilung selbst minutiös aufzudecken, ungeachtet ihrer Trauer und dem erlittenen Leid durch den Tod ihres Kindes.

Es gab überhaupt keine Unterstützung seitens des Beklagten zu 1). Das Gegenteil war der Fall, da er versuchte, die Eltern weiterhin einzuwickeln und auf falsche Fährten zu locken. So schreibt er u.a. am 11.02.2008: „...doch kann ich leider auch heute nicht Ihre Frage beantworten, warum Emil verstarb“. Und weiter: „Schon am Morgen (*nach* (?)) der Geburt hatte ich Ihnen versucht zu vermitteln, dass die

bohrende Frage des „Warum“ und „Warum unser Sohn“ vielleicht nicht beantwortbar ist...“. Er schrieb wahrheitswidrig am 01.08.2008: „Laut Aktennotiz der betreuenden Hebamme hatte Frau Dr. Gutmann den Blasensprung in der Klinik“ und ebenfalls wahrheitswidrig, „Richtig ist unbestritten, dass Emil mit normalen Blutwerten (pH-Werte) und schreiend zur Welt kam“ (Schreiben vom 11.02.2008). Diese Behauptungen sind für die Eltern von Moritz Emil Gutmann, der leblos auf die Welt kam (vgl. Epikrise Kinderarzt B■■■■■, **Anlage K 56**), unfassbar und kommen einem Schlag ins Gesicht gleich.

Beweis: Briefwechsel des Beklagten zu 1) mit dem Ehepaar Gutmann, **Anlage K 1 bis K 13 – dieser Briefwechsel wird vollumfänglich zum klägerischen Vortrag in Bezug genommen**

Zu dem Vorhalt, sein Bestreiten, mit der Einleitungsentscheidung etwas zu tun zu haben, stehe diametral zu den Vorgängen, insbesondere zu der von Frau Dr. R■■■■■ 2 Tage zuvor geäußerten ablehnenden Haltung zur Geburtseinleitung vor Ablauf von 10 Tagen und auch zu der von ihr behaupteten Anweisung durch den Beklagten zu 1) selbst, äußert er sich in keiner Weise. Vielmehr versuchte er Szenarien zu entwerfen, die angeblich beweisen sollen, dass er gegenüber Frau Dr. R■■■■■ gar keine Anweisung gegeben haben **kann**, da er sich am Wochenende des 02. bis 04.11.2007 in seinem Heimatort Münster aufgehalten habe. Die Klägerin und ihr Ehemann haben seine Konstruktion, er habe keine Anweisung mehr an Frau Dr. R■■■■■ nach deren Untersuchung der Klägerin am 1.11.2007, 11 Uhr, geben können, da er sich zu diesem Zeitpunkt schon auf dem Weg nach Münster befunden habe, als unwahr entlarven können. Der Beklagte zu 1) hielt sich jedenfalls am 1.11.2007 bis 15 Uhr bei dem Kongress Intensivkurs Gynäkologie vom 1. bis 3.11.2007 in der Uniklinik Frankfurt – Leiter Prof. Dr. M. K■■■■■ – auf und konnte jedenfalls nach der morgendlichen Untersuchung der Klägerin durch Frau Dr. R■■■■■ mit dieser noch sprechen.

Der permanente Versuch des Beklagten zu 1) sich aus der persönlichen Verantwortung für die Einleitungsentscheidung "herauszuwinden", zeigt die Tragweite dieser fehlerhaften Entscheidung.

15. Vermutung, dass bereits unmittelbar nach dem Tod vom Moritz Emil Gutmann am 4.11.2007 eine „Strategie“ entwickelt wurde, wie am besten „aus der Sache rauszukommen“ sei.

Die Klägerin kann sich bei Betrachtung sämtlicher Vorgänge des Eindrucks nicht erwehren, dass der Beklagte zu 1) und/oder die Beklagte zu 2) bereits unmittelbar nach dem Tod ihres Sohnes, also noch am 4.11.2007 tagsüber, spätestens aber, seitdem die Eltern unangenehme Fragen gestellt haben und den Sachverhalt vollumfänglich aufklären wollten, versuchten, eine Strategie zu entwickeln, wie sie - umgangssprachlich gesprochen – „am besten aus der Sache herauskommen“.

Für diese Vermutung gibt es eine ganze Reihe von Anhaltspunkten:

Der Beklagte zu 1), der bei der Geburt am Abend persönlich nicht zugegen war, sondern sich nach eigenen Angaben bei seiner Familie in Münster (Westfalen) aufgehalten hat, wurde nach dem handschriftlichen Vermerk von Dr. K. [REDACTED] in der Patientenakte noch in der Nacht um 2.05 Uhr über seine Mailbox von Moritz Emil Gutmanns Tod informiert.

Nach seinen eigenen Angaben ist er gegen 6 Uhr am Morgen des 4.11.2007 von Münster aus direkt in die Uniklinik gefahren. Die diensthabende Schwester teilte den Eltern, die man seit 4.30 Uhr nachts nach Verlassen des Kreißsaals alleine gelassen hatte, schließlich beim Bringen des Frühstücks auch gegen 11 Uhr mit, dass Herr Prof. L. [REDACTED] „jetzt im Hause ist und gleich zu Ihnen kommt“. Die Eltern suchte der Beklagte zu 1) dann aber erst gegen

17 Uhr auf. Davor waren noch die Schwiegereltern der Klägerin zu Besuch.

Was der Beklagte zwischen 11 Uhr und 17 Uhr, also über 6 Stunden, in denen er sich bei den Eltern nicht hat blicken lassen, gemacht hat, entzieht sich der Kenntnis der Klägerin. Es darf vermutet werden, dass er sich über den Sachverhalt umfassend informierte und versuchte, eine Strategie zum Umgang mit der Tragödie zu entwickeln. Vielleicht wurde auch – von wem auch immer – schon zu diesem Zeitpunkt die eine oder andere Dokumentation „angepasst“.

Im Übrigen hat Herr Prof. M. K. [REDACTED] gegenüber den Eltern im Gespräch vom 1.7.2008 (unter Anwesenheit des Vorsitzenden des Vorstandes der Uniklinik und des Justiziar T. [REDACTED]) auch davon gesprochen, dass er unmittelbar am Morgen des 4.11.2007 mit den Ärzten ein Gespräch über den Tod von Moritz Emil Gutmann einberufen hat.

All dies konnten die Eltern natürlich zum damaligen Zeitpunkt nicht ahnen, geschweige denn wissen. Durch die darauf folgenden Wochen und Monate, durch die später durchsichtigen Verwirrungsversuche des Beklagten zu 1), die sämtlich in diesem Rechtsstreit aufgezeigt werden, sind sie allerdings jetzt davon überzeugt, dass die Dokumentation mancher Ereignisse, deren teilweise Korrektur mit dieser Klage gefordert wird, nicht nur „versehentlich“ falsch ist und dass die Unterlagen, die seltsamerweise in der Patientenakte nicht (mehr) vorhanden sind, nicht nur „zufällig“ fehlen.

16. Versuche der Klägerin und ihres Ehemannes, mit den Beklagten zu 1) und 2) die Tragödie gemeinsam aufzuarbeiten.

Die Klägerin weist ausdrücklich darauf hin, dass sie und ihr Ehemann über Monate hinweg versuchten, mit dem Beklagten zu 1) und dem Beklagten zu 2) einen Weg zu finden, sich gemeinsam mit den

Geschehnissen auseinanderzusetzen. Dies geht eindeutig aus den von ihnen an die Beteiligten geschriebenen Briefe, die der Klage umfassend beigefügt sind, hervor. Sie haben immer wieder deutlich gemacht, dass ihnen der Dialog sehr wichtig ist und dass sie darauf hoffen, dass die Beklagten umkehren und einen anderen, ehrlichen Umgang mit ihnen und mit den Geschehnissen pflegen mögen. Sie hätten sich die offene und ehrliche Aufklärung, die Übernahme von Verantwortung, das Anbieten von Hilfe und eine ernst gemeinte Entschuldigung gewünscht.

Im Schreiben der Eheleute Gutmann vom 19.7.2008 (**Anlage K 37**) an den Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, der auf dessen Wunsch dem Beklagten zuständigkeitshalber übersandt werden sollte, **Anlage K 38**, und dementsprechend übersandt wurde, heißt es wie folgt:

„... Es ist, so glauben wir, allen Beteiligten klar, welche Fehler oder, wie Sie es lieber nennen wollen, Schwachstellen zu dem tragischen Geburtsverlauf und zum Tod von Emil geführt haben. Wir haben diese Schwachstellen in unserem Brief vom 13.6.2008 an Herrn T [REDACTED] ausführlich und konkret benannt, sie sind auch von Ihnen umfassend wiedergegeben und als solche auch bestätigt worden...

... Natürlich werden wir, wenn die Ärzte der Uniklinik es weiterhin nicht für nötig erachten, sich bei uns zu entschuldigen, wenn die Uniklinik weiterhin ihr Fehlverhalten und ihre Verantwortung für den Tod von Emil nicht von sich aus einräumt, dieses feststellen lassen. Wir möchten aber keinesfalls versäumen, der Uniklinik die Gelegenheit zu geben, nunmehr aus eigenen Stücken endlich ihrer Verantwortung Rechnung zu tragen, zu ihr zu stehen. Man hat uns und Emil, der so gerne mit uns leben wollte, von Ihrer Seite sehr viel zugemutet. An erster Stelle das Leiden und den völlig unsinnigen und so sehr vermeidbaren Tod unseres lieben, lang und freudig ersehnten Kindes, woran wir unendlich schwer und bis an unser Lebensende tragen. Und damit nicht genug, dann den alles andere

als ehrlichen, offenen, mitfühlenden, verständnisvollen Umgang der Ärzte (wobei wir Sie seit unserem Gespräch vom 1.7.2008 ausdrücklich ausnehmen möchten), mit uns und dieser Tragödie, deren Aufklärung uns unsere ganze Kraft gekostet hat und weiterhin kostet.

Wir meinen, dass es für die Uniklinik nunmehr endlich an der Zeit wäre, umzudenken und einen anderen Stil und Umgang mit dem Tod von Emil uns gegenüber einzuleiten. Wir geben die Hoffnung noch nicht auf.

Unser Stil ist bisher durch einen ehrlichen, sachlichen und diskreten Umgang geprägt. Sollten wir allerdings weiter um die Ehre von Emil und um unseren Seelenfrieden kämpfen müssen (Gutachtererstellung, ggf. Gerichtsprozesse, die wir nicht scheuen), wird jedoch – da bitten wir um Verständnis – auch unsere bisherige Diskretion und Rücksichtnahme auf Belange der Uniklinik und der einzelnen Ärzte schwinden.“

Trotz der sowohl von Seiten des Beklagten zu 1) im Gespräch vom 23.4.2008 als auch von Seiten des Direktors der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Gespräch vom 1.7.2008 eingeräumten schwerwiegenden Behandlungsfehler wird von Seiten des Beklagten zu 1) eine Haftung für den Tod des Sohnes der Klägerin und ihres Ehemannes offiziell abgelehnt.

Der Rechtsanwalt der Klägerin und ihres Ehemannes forderte die Uniklinik Frankfurt schriftlich auf, die Haftung dem Grunde nach anzuerkennen, Darin werden die groben ärztlichen Fehler, die zum Tod von Moritz Emil Gutmann führten minutiös aufgeführt. Dennoch wurde die Haftung abgelehnt. In der (vom Justiziar T■■■■) wiedergegebenen Stellungnahme des Beklagten zu 1) wird allerdings nicht auf die aufgeführten Fehler eingegangen, sondern es wird vielmehr fortgesetzt versucht, die tatsächlichen Geschehensabläufe

bei der Geburt zu verändern und Verwirrung zu stiften: So lässt der Beklagte zu 1) z.B. schreiben, dass die Geburt wurde beim Auftreten von pathologischen Herzfrequenzveränderungen im CTG **STETS** durch die mit Goldstandard anerkannte Mikroblutuntersuchung kontrolliert wurde, sehr wohl wissend, dass es nur **eine einzige** Mikroblutuntersuchung, nämlich um 23 Uhr gab, obwohl das CTG bereits viel früher und auch danach weiterhin hoch pathologisch war. Auch bemüht er amerikanische Studien, um die **ambulante** Geburtseinleitung zu rechtfertigen, ohne überhaupt auf die fehlende Indikation zur Geburtseinleitung einzugehen. Auf die weiteren entscheidenden Punkte, z.B. 6½-stündiges Abwarten ohne jeglichen Geburtsfortschritt bei pathologischem CTG, Nichteinhaltung der E-E-Zeit nach Indikationsstellung zum Kaiserschnitt, geht er ebenfalls nicht ein.

Beweis: 1) Schreiben der Frau RAin Jana R. [REDACTED] vom 27.08.2008, **Anlage K 80**
2) Antwortschreiben des Beklagten zu 2) vom 15.10.2008, **Anlage K 81**

Diese Klage ist somit geboten.

17. Zu den Klageanträgen im Einzelnen – Die Klageanträge zu Ziffer I.

Die Klägerin hat an der Berichtigung der Akte und an der Herausgabe fehlender Behandlungsunterlagen ein rechtlich schützenswertes Interesse. Sie ist darauf angewiesen, dass die Überprüfung des u.a. durch Dokumentation festzustellenden Sachverhalts durch einen unabhängigen Sachverständigen aufgrund der wahren Begebenheiten und der tatsächlichen Abläufe erfolgen kann. Denn nur dadurch wird sichergestellt, dass die Ansprüche im Zusammenhang mit der Geburt und dem anschließenden Tod des Kindes ordnungsgemäß geltend gemacht werden können.

In ihrer Eigenschaft als Vertragspartner der Klägerin sind die Beklagten zu 1) und 2) auch für die Richtigkeit und Vollständigkeit der in der Patientenakte dokumentierten Vorgänge verantwortlich.

Unerheblich ist dabei, ob der Beklagte zu 1) die unzutreffenden und veränderten Einträge in der Patientenakte selbst vorgenommen hat, oder ob sie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stammen. Denn ihm obliegt gegenüber der Klägerin die Verantwortung für die Geschehnisse innerhalb der Geburtshilfe rund um die Geburt und den Tod von Moritz Emil Gutmann. Dementsprechend ist er vertraglich verpflichtet, die tatsächlichen Vorgänge in der Patientenakte ordnungsgemäß zu dokumentieren. Gleiches gilt für den Beklagten zu 2). Dazu gehört, dass diese Vorgänge vollständig sind, der Wahrheit entsprechen und keine Dokumentationen fehlen. Wie im Folgenden aufgezeigt werden wird, wurden etliche Vorgänge unrichtig dokumentiert und einige nachträglich verändert; gleichfalls fehlen Behandlungsunterlagen.

Die Eintragungen in der Patientenakte sind antragsgemäß zu korrigieren wie folgt:

I. a) Aktive Sprengung der Fruchtblase (Amniotomie)

Die Fruchtblase der Klägerin ist nicht, wie Dr. K■■■■ in der Patientenakte handschriftlich vermerkte, am 3.11.2007 um 17.50 Uhr gesprungen. Vielmehr wurde die Fruchtblase von Hebamme Nicole W■■■■ um 17.45 Uhr gesprengt, was von ihr in der Patientenakte vermerkt wurde.

Beweis: 1) Zeugnis der Frau Nicole W■■■■, b.b.
2) Eintragung der Frau Nicole W■■■■ in der Patientenakte, **Anlage K 48**
3) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Die unrichtige erste Eintragung durch Dr. K■■■■ ist demnach in der Patientenakte zu streichen. Dies ist deshalb entscheidend, da für eine weitere Begutachtung der Akte feststehen muss, dass aktiv von

ärztlicher/Hebammen-Seite diese Sprengung, die trotz des bereits vorliegenden Wehensturms noch eine zusätzliche Wehenverstärkung bewirkt hat, vorgenommen wurde und die Fruchtblase nicht etwa von selbst gesprungen ist. Die Feststellung ist auch deswegen erforderlich, weil auch der Beklagte zu 1) wiederholt wahrheitswidrig davon spricht und schreibt, dass die Fruchtblase gesprungen ist (Schreiben des Beklagten zu 1) vom 1.8.2008, **Anlage K 9**)).

I. b) Kein Amnioninfektionssyndrom

Der an verschiedenen Stellen in der Patientenakte vermerkte Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom (abgekürzt: V.a.AIS) lag bei der Klägerin während der Geburt tatsächlich nicht vor.

Anhaltspunkte für einen solchen Verdacht auf Amnioninfekt bestanden zu keinem Zeitpunkt. Die Klägerin war vollkommen gesund. Bei einem Amnioninfekt besteht eine Infektion der Mutter, die gefährlich für das ungeborene Kind sein kann. Allerdings hätte als Symptom dafür Fieber (mehr als 38 Grad) auftreten müssen. Die Klägerin hatte jedoch weder Fieber noch sonstige, anderweitige Krankheitssymptome.

- Beweis:**
- 1) Zeugnis der Frau Dr. Anke R■■■■, b.b., die die Klägerin am 3.11.2007 morgens gesehen hat
 - 2) Zeugnis der Frau Antoinette K■■■-B■■■, b.b., die die Klägerin am 3.11.2007 morgens gesehen und untersucht hat, b.b.
 - 3) Zeugnis des Herrn Dr. Stefan K■■■■, b.b.
 - 4) Zeugnis des Herrn Dr. Christian C■■■■■■■■■■, b.b.
 - 5) Zeugnis der Frau Dorothee S■■■■, b.b.
 - 6) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.
 - 7) J.W. Dudenhausen, H.P.G. Schneider, G. Bastert, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 2. Auflage, 2003, S. 266– **Anlage K 78**
 - 8) Verdacht auf AIS in der Patientenakte, **Anlage K 42, Blatt 2; K 49; K 55, K 62a, K 65**

Dass die Klägerin gesund war und gerade kein Verdacht auf Amnioninfekt vorlag, hat auch der Beklagte zu 1) im Gespräch am 20.11.2007 und im Gespräch am 23.04.2008 eingeräumt. Die Klägerin und ihr Ehemann hatten die Gespräche bewusst auf diesen

Eintrag hin gelenkt und wollten eine Stellungnahme von ihm dazu erhalten. Dies aus folgendem Grund:

Die Eintragung V.a. AIS (Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom), die als Geburtskomplikation auch im Arztbrief an den Frauenarzt der Klägerin, Dr. Fritz K■■■, und im Mutterpass der Klägerin steht, hatten die Klägerin und ihr Ehemann zunächst überhaupt nicht bemerkt, da sie eine medizinische Abkürzung darstellt, die sie nicht kannten. Letztlich hat Dr. Fritz K■■■ die Klägerin auf diese falsche Eintragung hingewiesen, als er von der Klägerin den vom Beklagten zu 1) an ihn gerichteten Arztbrief gelesen hat. Der Beklagte zu 1) bat die Klägerin bei ihrer Entlassung darum, Herrn Dr. K■■■ diesen Arztbrief zu übergeben. Herr Dr. K■■■ konnte sich die angegebene Todesursache (Pneumothorax) überhaupt nicht erklären. Er war fassungslos über den Tod des von ihm über die gesamte Schwangerschaft hinweg betreuten Kindes, das vollkommen gesund war. Schließlich äußerte er seine Verwunderung über die Eintragung (V.a. AIS) und fragte die Klägerin, ob sie bei der Geburt erkrankt gewesen sei, Fieber gehabt habe. Dies verneinte die Klägerin. Daraufhin meinte Herr Dr. K■■■, dass es dann ja nicht sein könne, dass diese Eintragung als Geburtskomplikation im Arztbrief stehe. Er riet der Klägerin und ihrem Ehemann, dies mit dem Beklagten zu 1) zu besprechen.

Auf Nachfrage am 20.11.2007 beim Beklagten zu 1), was diese Eintragung zu bedeuten habe und dass ein Verdacht auf Amnion-Infekt ja gar nicht vorgelegen habe, bestätigte er dieses. Allerdings versuchte er es klein zu reden und als nicht wichtig darzustellen. Auf Drängen der Klägerin, dass dies dann auch im Mutterpass richtig zu stellen sei, sagte er: „Ach, das lassen wir jetzt so, wie sieht denn das aus, wenn dort was gestrichen wird.“

Im Gespräch vom 23.04.2008 bezeichnete der Beklagte zu 1) die Eintragung in der Patientenakte, bei der Klägerin habe Verdacht auf Amnioninfekt vorgelegen, sogar wörtlich als „Stuss“. Im Schreiben

der Eheleute Gutmann vom 13. 6.2007 ist das Gespräch über diese Frage im Wortlaut wiedergegeben und wird hiermit ausdrücklich zum Gegenstand des klägerischen Vortrags gemacht.

Beweis:

- a) Für das Gespräch mit Herrn Dr. K■■■■
 - 1) Zeugnis des Dr. Fritz K■■■■, b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

- b) Für das Gespräch vom 20.11.2007
Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

- c) Für das Gespräch vom 23.04.2008
 - 1) Zeugnis des Herrn Dr. Horst B■■■■, b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn Pfarrer Ulrich K■■■■, b.b.
 - 3) Zeugnis Herr Thomas Gutmann, b.b.
 - 4) Zeugnis des Herrn Steffen T■■■■, b.b.
 - 5) Schreiben der Eheleute Gutmann an die Beklagte 2) vom 13. 6.2007, **Anlage K 54**

Die Klägerin kann nicht ausschließen, dass auch hier ein gezielter Versuch vorliegt, einen potentiellen Gutachter über die wahren Verhältnisse und Vorgänge bei der Geburt zu täuschen. Über die gesamte Dokumentation der Geburt hinweg, die handschriftlich erfolgte, ist nirgendwo auf eine Infektion oder auf Fieber bei der Klägerin hingewiesen worden. Dennoch steht dieses V.a.AIS (Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom) überall bei den im Nachhinein, also nach Kenntnis des tödlichen Geburtsverlaufs, gefertigten Schriftstücken, Protokollen, Arztbriefen und sogar im Mutterpass als Geburtskomplikation. Es scheint seitens des Beklagten zu 1) und/oder der Uniklinik Frankfurt ein Interesse bestanden zu haben/zu bestehen, bei der Geburt auf eine Erkrankung der Mutter (oder auch des Kindes) verweisen zu können, um den Tod des Kindes u.a. auch mit einer Infektion der Mutter zu erklären, damit vom Versagen der Geburtshelfer abgelenkt werden kann.

So ist es auch mehr als verwunderlich, dass in der Patientenakte, so wie sie den Eltern von Moritz Emil Gutmann in Kopie zur Verfügung

gestellt wurde, das Untersuchungsergebnis vom 25.06.2007 (Fehlbildungsschalluntersuchung der Klägerin beim Beklagten zu 1) mit Datum vom 4.11.2007, dem Todesdatum des Säuglings, versehen ist.

Beweis: Patientenakte, **Anlage K 60**

Es ist anzunehmen, dass aufgrund des maschinellen Ausdrucks immer das Datum des Ausdrucks immer auch als Erstellungsdatum erscheint. Daher ist davon auszugehen, dass jemand am 4.11.2007, also Stunden nach dem Tod von Moritz Emil Gutmann, dazu noch an einem Sonntag, einen derartigen Ausdruck dieser Untersuchung, die zu dem Zeitpunkt 5 Monate zurück lag, erstellt hat. Es mutet schon sehr merkwürdig an, dass man augenscheinlich versucht hat, irgendwo einen „Anker“ zu finden, eine Krankheit der Mutter (s.o. - Amnioninfektionssyndrom) oder des Säuglings (s. hier), um das Geschehene nicht selbst verantworten zu müssen.

I. c) Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode, nicht in der Eröffnungsperiode

Es hat keinen Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase gegeben, wie in der Patientenakte vermerkt. Die Eröffnungsphase der Geburt (=Eröffnung des Muttermundes auf 10 cm) war bereits um 17.50 Uhr abgeschlossen. Auf die Eröffnungsphase der Geburt folgt die Austreibungsphase. Es lag ein über 6-stündiger Geburtsstillstand in der Austreibungsphase der Geburt vor, nämlich von 17.50 Uhr bis 00.10 Uhr.

Beweis:

- 1) Zeugnis des Herrn Dr. Stefan K [REDACTED], b.b.
- 2) Zeugnis des Herrn Dr. Christian C [REDACTED], b.b.
- 3) Zeugnis der Frau Nicole W [REDACTED], b.b.
- 4) Schreiben des Beklagten zu 1) vom 11.2.2008, **Anlage K 3**
- 5) Eintrag in der Patientenakte, **Anlage K 59**

Im Hinblick auf diese unzutreffende Eintragung in der Patientenakte geht die Klägerin ebenfalls nicht von einer bloß zufälligen Falschbenennung aus. Es ist nämlich ein wesentlicher Unterschied, ob ein Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode oder in der Austreibungsphase auftritt.

Die Eröffnungsperiode ist dadurch gekennzeichnet ist, dass sich durch die Wehentätigkeit der Muttermund immer weiter bis auf 10 cm öffnet. Ein Geburtsstillstand in dieser Eröffnungsperiode bedeutet, dass die Wehentätigkeit zu schwach oder nicht vorhanden ist. Ein in dieser Periode eintretender Geburtsstillstand darf länger, nämlich bis zu maximal 2 Stunden toleriert werden, sofern die Herztöne in Ordnung sind. Denn durch schwächere oder zu seltene Wehen leidet der Fetus nicht so sehr, als bei einem Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode. In der Austreibungsperiode sind nämlich bereits regelmäßige heftige Wehen vorhanden und diese Wehentätigkeit stellt sich auch gerade nicht mehr ein, da sich der Muttermund schon auf 10 cm geöffnet hat. Deshalb ist in der Austreibungsperiode ein Geburtsstillstand von nicht mehr als 1 Stunde zu tolerieren.

Grundsätzlich gilt hierbei zu beachten, dass die gesamte Austreibungsperiode nur maximal 2 Stunden dauern darf.

Beweis: 1) Thomas Rabe, Gynäkologie und Geburtshilfe, Lehrbuch, 1990, S. 449 (hier max. 40 Min.), **Anlage K 63**
2) Baltzer, Friese, Graf, Wolff Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 188, **Anlage K 66**

Abgesehen davon, dass ein derart langer Geburtsstillstand wie bei der Klägerin selbst bei Berücksichtigung der durch starke medikamentöse Wehenhemmung eingetretenen Wehenpausen auch in der Eröffnungsperiode nicht hätte toleriert werden dürfen, ist bei einem Zuwarten von über 6 Stunden in der Austreibungsphase die Grenze von Vorsatz und Fahrlässigkeit fließend.

Dadurch, dass in der Patientenakte unzutreffend von einem Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode gesprochen wird, wird ein potentieller Sachverständiger, der ein Gutachten nach dieser Aktenlage fertigt, in die Irre geführt. Er würde über eine wesentliche Tatsache getäuscht – nämlich darüber, dass die verantwortlichen Ärzte über 6 Stunden ohne jeglichen Geburtsfortschritt in der Austreibungsphase bei nicht erfolgreich kontrollierbaren Wehen zugewartet haben, bis sie endlich die Geburt operativ beendet haben.

I. d) Keine Presswehen in den letzten 20 Minuten der Geburt

Die Klägerin hatte entgegen dem Vermerk in der Patientenakte keine Presswehen in den letzten 20 Minuten der Geburt. Vielmehr wurde in den letzten 20 Minuten der Geburt ein Kaiserschnitt durchgeführt. Dieser begann um 23.50 Uhr und endete, ohne Berücksichtigung der Nachversorgung, mit der Geburt des Kindes um 00.10 Uhr. Der Kaiserschnitt wurde deshalb durchgeführt, weil das Köpfchen des Kindes nicht in den Geburtskanal rutschte und daher gerade keine natürliche Geburt mit Presswehen und Auspressen des Kindes möglich war.

- Beweis:**
- 1) Zeugnis des Herrn Dr. Stefan K [REDACTED], b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn Dr. Christian C [REDACTED], b.b.
 - 3) Zeugnis der Frau Dorothee S [REDACTED], b.b.
 - 4) Eintrag in die Patientenakte, **Anlage K 59**

Möglicherweise soll ein neutraler Gutachter auch durch diese Eintragung verwirrt werden. Zumindest müsste sich aufgrund dieser Eintragung jeder Sachverständige fragen, warum trotz Presswehen der Mutter ein Kaiserschnitt gemacht wird. Vielleicht soll diese Eintragung aber auch wiederum nur darüber hinweg täuschen, dass der stundenlange Geburtsstillstand während der Austreibungsphase vorlag und nicht in der Eröffnungsphase. Wenn ein Gutachter den Eintrag „20 Min. Presswehen“ liest, geht er möglicherweise davon aus, dass die gesamte Austreibungsphase nur 20 Minuten gedauert hat und nicht wie bei der Klägerin 6 ½ Stunden.

Zu Antrag I. e) Indikationsstellung für den Kaiserschnitt

Die Gründe, weshalb schließlich ein Kaiserschnitt durchgeführt werden musste, waren nicht, wie in der Patientenakte an verschiedenen Stellen aufgeführt "Terminüberschreitung, grünes Fruchtwasser und Verdacht auf Amnioninfekt", sondern wie im OP-Buch und OP-Bericht des Oberarztes Dr. K■■■■ vom 4.11.2007, um 00.41 Uhr aufgeführt, „Komplikation bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz“ bzw. "drohend fetale Asphyxie (Anm. Pulslosigkeit) bei suspektem CTG“. Die gegenteiligen Angaben sind zu streichen und durch die wahre Indikationsstellung zu ersetzen.

Ist eine natürliche Geburt angestrebt, bedarf es für die Entscheidung zur Entbindung durch Kaiserschnitt (=sekundärer Kaiserschnitt) einer Indikation.

Beweis: Gynäkologie und Geburtshilfe, Thomas Rabe, **Anlage K 63, S. 459**

In der Patientenakte wird an verschiedenen Stellen (z.B. Stammblatt der Entbindungsabteilung, Krankenblatt Teil 3, Arztbrief an Dr. Fritz K■■■■) als Indikation für den Kaiserschnitt angegeben: Überschreitung des Termins, grünes Fruchtwasser, V.a.AIS (Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom).

Jeder der drei angegebenen Gründe eignet sich nicht – weder alleine für sich noch in deren Zusammenwirken – als Indikation für einen sekundären Kaiserschnitt. Die Überschreitung des Termins bestand schon, als noch die natürliche Geburt angestrebt wurde, ist also keinesfalls ein Grund für die Durchführung eines sekundären Kaiserschnitts. Das grüne Fruchtwasser haben die Geburtshelfer erst nach Durchführung des Kaiserschnittes bemerkt. Als die Fruchtblase am 3.11.2007 um 17.40 Uhr gesprengt wurde, war das Fruchtwasser

klar. Ein Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom bestand zu keinem Zeitpunkt (s. Buchstabe b). Mit diesen Angaben wird der wahre Grund für den Kaiserschnitt verschleiert. Der eigentliche Grund für die Durchführung des Kaiserschnitts war die pathologische fetale Herzfrequenz mit drohender Asphyxie (Pulslosigkeit) durch Sauerstoffmangel des Ungeborenen.

Tatsächlich wurde der sekundäre Kaiserschnitt – leider jedoch Stunden zu spät – durchgeführt wegen langandauernder Komplikation bei Wehen und Entbindung durch eine abnorme fetale Herzfrequenz mit drohender Asphyxie. Genau diese Indikation hat Dr. K■■■■ am 4.11.2007 um 00.41 Uhr, zu einem Zeitpunkt, als noch nicht klar war, dass das Kind der Klägerin seine Geburt nicht überleben wird, in dem OP-Buch vermerkt. Auch sein nachfolgender Eintrag im OP-Bericht weist als Indikation für den Kaiserschnitt „drohende fetale Asphyxie bei suspektem CTG“ aus.

Beweis: OP-Bericht, **Anlage K 59**

Dieser OP-Bericht von Dr. K■■■■ ist übrigens der einzige Bericht, der ausweislich des Druckdatums vor dem Tod des Sohnes der Klägerin am 4.11.2007 um 1.15 Uhr geschrieben wurde. Alle anderen Berichte wurden erkennbar nach der Kenntnis vom tödlichen Ausgang der Geburt geschrieben.

Warum all jene Berichte, die nach Kenntnis vom Tod von Moritz Emil Gutmann geschrieben wurden, an keiner einzigen Stelle von abnormer fetaler Herzfrequenz und drohender Asphyxie sprechen, kann die Klägerin nur vermuten.

Die Richtigstellung dieser Eintragung ist erforderlich, damit ein neutraler Gutachter festzustellen vermag, ob die Zeitspanne von der Entscheidung zum Kaiserschnitt bis zur Entwicklung des Kindes (E-E-Zeit) mit 40 Minuten der Indikationsstellung angemessen war. Hier

wurde trotz dieser Indikation „drohende fetale Asphyxie (Pulslosigkeit nach durchlittener Hypoxie) kein Notkaiserschnitt gemacht, sondern der Kaiserschnitt in aller Ruhe geplant.

Zu Antrag I. f) Entstehung der Schwangerschaft durch Reproduktionsmedizin

Die Schwangerschaft ist nicht spontan entstanden, sondern mit Hilfe der Reproduktionsmedizin. Dies gab die Klägerin bei der Anmeldung zur Geburt auch so an und es wurde entsprechend vermerkt. Von einer Person ist dieser Eintrag im Nachhinein eingeklammert und der Vermerk hinzugefügt worden: „Diese Schwangerschaft ist spontan entstanden.“ Diese Eintragung und die Klammer um die Worte „ICSI ET 3.2.2007“ (Anm.: ICSI ist die Reproduktionsmethode, ET bedeutet Embryotransfer) sind zu streichen. An einer zweiten Stelle ist ET 3.2.2007 durchgestrichen worden. Auch dies ist wieder richtig zu stellen.

Beweis für die Schwangerschaft durch Reproduktionsmedizin:

- 1) Mutterpass
- 2) Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Dr. Ernst S. [REDACTED]

Für nachträglich verändertem Eintrag in der Patientenakte:

- 3) Nachträglich veränderter Eintrag in der Patientenakte, **Anlage K 47**
- 4) Nachträglich gestrichener Eintrag in der Patientenakte, **Anlage K 47**

Es ist nicht festzustellen, wer diese Änderung vorgenommen hat; ein Namenszeichen ist an keiner Stelle ersichtlich. Die Klägerin vermutet, dass diese Fälschung erfolgt ist, weil bei einer durch Reproduktionsmedizin entstandenen Schwangerschaft die Beobachtungsintensität während der Geburt noch höher und die Risikobereitschaft erheblich niedriger sein muss als bei einer Spontanschwangerschaft. Darüber hinaus war die Klägerin eine 41-jährige Patientin, die ihr erstes Kind erwartete. Größtmögliche

Sorgfalt und Sicherheit wäre anzusetzen gewesen, ein "Herumexperimentieren" hätte sich verboten.

Zu Antrag I. g) Eintreffen der Klägerin in der Uniklinik um 17.10 Uhr

Die Klägerin ist am 3.11.2007 um 17.10 Uhr in der Uniklinik eingetroffen und nicht, wie an mehreren Stellen in der Patientenakte vermerkt, erst um 17.20 Uhr oder gar um 17.40 Uhr.

Beweis: Eintrag in die Patientenakte, **Anlage K 42, Blatt 4**
für Ankunft 17.10 Uhr

Die Patientenakte widerspricht sich hier. Die Hebamme W■■■■ schreibt in der Patientenakte: „Aufnahme der Pat. um 17.10 Uhr. An einigen Stellen der Patientenakte steht als Ankunftsstermin der Klägerin 17.20 Uhr, an einer anderen Stelle gar 17.40 Uhr.

Die Richtigstellung dieser Angabe ist erforderlich, da damit gezeigt wird, dass trotz der heftigen hyperfrequenten Wehen eine kontinuierliche CTG Aufzeichnung erst um 17.38 Uhr, also fast 30 Minuten später begonnen hat (mit Ausnahme der kurzen CTG Schreibung gegen 17. 10 Uhr, die in der Akte nicht vorhanden ist)

Zu Antrag I. h) Beginn des Wehensturms um 15.15 Uhr

Der Wehensturm setzte bei der Klägerin um 15.15 Uhr ein und nicht, wie der Beklagte zu 1) durch nachträgliche Eintragungen in die Patientenakte glauben machen will, gegen 16 Uhr.

In diesem Zusammenhang auffällig ist, dass auch die Hebamme K■■-B■■ in ihrem „Gedächtnisprotokoll“ zur Einleitung auf den angeblichen Wehenbeginn hinweist (obwohl diese Information mit der Einleitung und ihrer eigenen Wahrnehmung nichts zu tun hatte). Dass sie dieses geschrieben hat (oder womöglich auf Veranlassung des Beklagten zu 1) schreiben „musste“), weist darauf hin, dass es

darüber, nämlich über die Frage, wer die Einleitung mit seinen Folgen zu verantworten hat, und ob man aus dieser Verantwortung nicht „irgendwie rauskommen könnte“ über mehrere Tage nach dem tödlichen Geburtsverlauf, Diskussionen gegeben hat. Ansonsten wäre ein solcher Eintrag in dem Gedächtnisprotokoll, in dem über Wahrgenommenes berichtet werden soll, nicht zustande gekommen.

Die Eintragung der Hebamme W■■■■ in der Patientenakte (**Anlage K 45**) ist ebenfalls merkwürdig. Zum einen ist diese Eintragung nicht chronologisch – Dr. K■■■■ hatte seine Eintragung, die um 17.50 Uhr stattfand vor die Eintragung der Hebamme W■■■■ um 17.10 Uhr eingetragen, zum anderen fällt auf, dass Dr. K■■■■ die Eintragung erst mit dem Datum 4.11. versehen hat, dieses Datum dann aber handschriftlich auf 3.11. „korrigiert“ hat. Die Klägerin muss aus diesen Gründen bezweifeln, dass diese Einträge tatsächlich am 3.11.2007 zeitnah erfolgt sind – möglicherweise wurden sie nach Kenntnis vom tödlichen Geburtsverlauf am 4.11. nachgetragen.

Der Wehensturm erfolgte tatsächlich am 3.11.2007 um 15.15 Uhr. Die Klägerin und ihr Ehemann sind, nachdem sie gegen 11.30 Uhr nach der Einleitung der Geburt die Uniklinik verlassen hatten, nach einem Umweg über einen Obstbauern nach Hause gefahren. Um 15.15 Uhr begannen die Wehen. Die Klägerin weiß das deswegen so genau, weil sich ihr Ehemann um 15.30 Uhr die Premiere Übertragung der Bundesliga-Spiele ansehen wollte. Dazu kam er aber nicht, da er der Aufforderung der Klägerin nachkam, ständig auf die Uhr zu schauen, um den Wehenabstand zu messen. Dieser betrug zu keinem Zeitpunkt mehr als ca. 2 Minuten, eher 1 Min. bis 1.30 Min. Die Klägerin ging dann unter die Dusche (vgl. Sachverhaltsschilderung s.o.).

Auch hier ist eine zielgerichtete Falschinformation zu vermuten. Der Beklagte zu 1) wollte von Anfang an, dass die Klägerin und ihr Ehemann davon ausgehen, dass er persönlich mit der Entscheidung

über die Einleitung der Geburt nichts zu tun habe (vgl. obige Ausführungen). Gleichzeitig und vorsorglich wollte er den Eltern, weismachen, dass der für den neugeborenen Sohn der Klägerin, Moritz Emil Gutmann, tödliche Ausgang der Geburt aber „ohnehin nichts mit der Einleitung der Geburt zu tun hat“.

Schon als die Klägerin ihm im Gespräch am 20.11.2007 beschrieb, wie schlimm der Wehensturm war (sie wollte einfach in ihrem Schmerz, in ihrer Klage darüber wahrgenommen werden – von irgendwelchen Verfehlungen ahnte sie noch überhaupt nichts), wollte er auf eine Zeitspanne zwischen der Einleitung der Geburt und dem Beginn des Wehensturms von mehr als 6 Stunden hinaus, weil das Gel „nur 6 Stunden wirke“ (s. obige Ausführungen), was die Klägerin und ihren Ehemann mehr als befremdete.

Abgesehen davon, dass das eine wissenschaftlich unhaltbare Annahme ist,

Beweis: 1) Baltzer, Friese, Graf, Wolff Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 275, **Anlage K 66**
2) Sachverständigengutachten

lag der Wehensturm innerhalb dieser 6 Stunden.

Um ca. 10.10 Uhr wurde der Klägerin das Gel verabreicht, um 15.15 Uhr war der Beginn der Wehen in ganz kurzem Abstand. Zwar ist die Uhrzeit der Verabreichung des Gels nicht dokumentiert, sie ist aber dem CTG zu entnehmen, das um 11.12 Uhr abgenommen wurde. Das CTG muss nach der Gabe des Medikaments über 1 Stunde lang kontinuierlich geschrieben werden, so dass die Verabreichung folglich um ca. 10.10 Uhr erfolgt sein muss. .

Bereits bei diesem ersten Gespräch, 2 Wochen nach dem Tod ihres Sohnes, hatten die Eltern den starken Eindruck, der Beklagte zu 1) wolle ihnen ausreden, dass der Wehensturm als Nebenwirkung der Einleitung der Geburt aufgetreten sei.

Und dies, obwohl der Wehensturm als Risiko/Nebenwirkung einer Einleitung bekannt ist – sie steht sogar im Beipackzettel des Prostaglandin-Gels, wie die Klägerin im Nachhinein erfahren musste:

Beweis: Minprostin, Vaginalgel, Rote Liste, **Anlage K 67**
Zitierung der Anwendungsgebiete und Risiken, s. u.

Im Gegensatz zur Klägerin und ihrem Ehemann kannten die Beklagten zu 1) und zu 2) die Ursache für den Tod ihres Kindes, wenn sie sie den Eltern auch verschwiegen und stattdessen versuchten, sie zu verwirren (s.o.). So versuchte der Beklagte zu 1) die Klägerin und ihren Ehemann gleich zu Beginn auf eine falsche – und insbesondere ihn entlastende – Fährte zu locken.

Es ist stark zu vermuten, dass mit diesem fehlerhaften Eintrag erreicht werden sollte, dass ein potentieller Gutachter dem Beklagten zu 1) bzw. dem Beklagten zu 2) entgegen fachärztlicher Literatur bescheinigt, dass das Gel, mit dem die Geburt eingeleitet wurde, nur 6 Stunden wirke. Dieser Zeitraum wäre allerdings auch bei einem Beginn des Wehensturms um 16 Uhr bei einem Einleitungszeitpunkt um ca. 10.10 Uhr entgegen der Auffassung des Beklagten zu 1) noch nicht überschritten.

Zu Antrag I. i) Venöser Nabelschnur PH-Wert zu streichen

Die Angabe des venösen Nabelschnur-PH-Wertes, wie sie in der Patientenakte angegeben ist, ist zu streichen. Ein Nabelschnur-Venen-PH-Wert wurde auch ausweislich der anonymen Blutuntersuchung überhaupt nicht ermittelt, **Anlage K 44**

In der Patientenakte wird als arterieller Wert 7,123 bzw. 7,120 angegeben und als venöser Wert 7,135.

Beweis: Patientenakte, **Anlage K 49, Anlage 62a**

Dieser Wert von 7,135 ergibt sich als zweiter Wert auf dem Laborzettel. Entgegen der Eintragung in der Patientenakte ist aber dieser zweite Wert (ausweislich des Laborzettels) ebenfalls ein arterieller Wert. Eine Bestimmung des venösen Nabelschnur-pH-Wertes des untersuchten Blutes, unabhängig von der Frage, von wem es stammt, erfolgte nicht.

Die Klägerin vermutet auch hier wiederum eine Irreführung. Die Bestimmung eines Nabelschnur-Venen-pH-Wertes ist nützlich, um festzustellen, wann und ggf. wie lange der Embryo im Mutterleib möglicherweise eine Sauerstoffunterversorgung hatte. Gerade die Differenz zwischen dem arteriellen und dem venösen Wert zeigt an, wie lange der Säugling schon unterversorgt war. Sofern nur ein kleiner Unterschied zu verzeichnen ist, nimmt man eine kürzere Unterversorgung an als bei einem größeren Unterschied.

Beweis: Sundström, Rosen, Rosen, Überwachung des Feten,
Anlage K 79, S. 34

Zu Antrag I. j) Arterielle Nabelschnurwerte zu streichen

Die Angabe der beiden arteriellen Nabelschnur-pH-Werte, wie sie in der Patientenakte angegeben sind, ist zu streichen, sofern die Beklagten nicht nachweisen, dass das Ergebnis dem Sohn der Klägerin zuzuordnen ist.

Allgemeines zum Nabelschnur-pH –Wert:

Der Nabelschnur-pH-Wert gibt Aufschluss über den Säuregehalt des Blutes und damit indirekt über die Sauerstoffversorgung des Kindes während der Geburt. Im weiteren Verlauf können Anpassungsstörungen, besonders der Atmung mit Hilfe der Blutgasanalyse im Hinblick auf die Bedrohung des Neugeborenen besser beurteilt werden. Ein Anstieg des Säuregehalts im Blut bzw. die Abnahme des Blut- pH-Wertes wird im klinischen Sprachgebrauch als Azidose bezeichnet.

Bei einer unzureichenden inuterinen Sauerstoffversorgung entsteht erst eine Hypoxie, sodann wird CO₂ zurückgehalten und reichert sich im Blut an. Die darauf folgende respiratorische Azidose entsteht z.B. postnatal bei Unreife der Lunge, bei Fruchtwasseraspiration und zentraler Atemdepression. Bei längerer Dauer geht diese respiratorische Azidose intra- oder exuterin in eine metabolische Azidose übergehen (darunter litt der Sohn der Klägerin, Epikrise der Neonatologie, **Anlage K 56**).

Beweis: „Das Neugeborene in der Hebammenpraxis“ vom Bund Deutscher Hebammen S, 80.

Ausweislich der Patientenakte ist der angeheftete Zettel mit Blutwerten nicht dem Sohn der Klägerin zuzuordnen. Auch auf Nachfrage der Klägerin und ihres Ehemannes haben die Beklagten dazu keine Stellungnahme abgegeben (s. unten zu 1)).

Die Klägerin muss bezweifeln, dass der in der Akte befindliche Nabelschnurwert von ihrem Sohn, Moritz Emil Gutmann, stammt. Zwar weist das dort aufgeführte Ergebnis des Nabelarterien pH-Wertes mit 7,123 (oder wie an anderer Stelle vermerkt 7,120) insbesondere im Zusammenhang mit dem Bikarbonatwert 18,3 auf eine metabolische Azidose, also auf einen länger andauernden Sauerstoffmangel des Kindes unter der Geburt hin, jedoch vermutet die Klägerin, dass der pH-Wert ihres Sohnes noch niedriger war.

Beweis: für die Beurteilung der Werte:
Thomas Rabe, Gynäkologie und Geburtshilfe, Lehrbuch, 1990, S. 381 – **Anlage K 63**
Sundström, Rosen, Rosen, Überwachung des Feten, S. 33-35, **Anlage K 79 b**

Für diese Vermutung gibt es mehrere Anhaltspunkte, die im Folgenden benannt werden (1. bis 6.).

Zu 1. Ein Name oder eine Patientenummer ist auf dem angehefteten Zettel mit dem Blutergebnis nicht verzeichnet. Der Laborausdruck über einen Nabelschnur-PH Wert vom 4.11.2007 ist nicht dem Sohn der Klägerin zuzuordnen.

Aus dem in der Patientenakte befindlichen Laborausdruck mit einem Nabelschnur-PH-Wert ergibt sich nicht der Name des Sohnes der Klägerin. Es ist darauf weder ein Name noch eine Patientenummer ersichtlich, sondern lediglich eine Protokollnummer. Auf schriftliche Nachfrage der Klägerin und ihres Ehemannes, dass der Beklagte zu 1) und/oder die Uniklinik nachweisen möge, dass es sich bei dem ausweislich des Zettels untersuchten Blutes auch tatsächlich um das Blut von Moritz Emil Gutmann handelte, erhielten sie keine Antwort.

Beweis: 1) Schreiben der Eheleute Gutmann an den Beklagten zu 1) vom 30.08.2008, **Anlage K 12**
2) Schreiben der Klägerin und ihres Ehemannes an die Beklagte zu 2) vom 10.08.2008, **Anlage K 82**

Zu 2. Eine in der Patientenakte angeheftete Blutuntersuchung wurde ohne Angabe von Gründen und ohne Angabe, um was es sich gehandelt hat, entfernt und es ist nicht auszuschließen, dass es sich bei dem entfernten Zettel um das Untersuchungsergebnis des Nabelschnurwertes des Neugeborenen Moritz Emil Gutmann gehandelt hat.

Aus der Patientenakte, genauer gesagt von dem Geburtsbericht, wurde ein zuvor „angetuckerter“ Zettel entnommen. Die Klägerin und ihr Ehemann haben bei Durchsicht der Originalakte zwei kleine Löcher entdeckt, die auf ein zuvor angetuckertes Schriftstück hinweisen. Auf Nachfrage erklärte der Justiziar T■■■■, zunächst dass er „nicht wisse, was dort entfernt worden ist“. Jedoch hat sich durch weitere Ermittlungen, die von der Uniklinik bestätigt wurden, ergeben, dass es sich bei dem entfernten Schriftstück um das Ergebnis einer Blutuntersuchung handelte, das angeblich „an anderer Stelle der Patientenakte wieder zugefügt worden ist“. Die Uniklinik und der Beklagte zu 1) behaupten, dass es sich um ein

Radiometerblutergebnis, also das Ergebnis der MBU handelt, das zunächst entfernt und dann wieder zugefügt wurde.

- Beweis:**
- 1) Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch, zu laden über Der Hessische Datenschutzbeauftragte, b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn OAR S■■■■■, zu laden über, Der Hessische Datenschutzbeauftragte, b.b.
 - 3) Schreiben des Hessischen Datenschutzbeauftragten vom 17.11.2008, wird im Termin vorgelegt

Diese Behauptung ist nachweislich falsch. Der Vortrag des Beklagten zu 1) und der Uniklinik, dass es sich bei dem entfernten Ausdruck um die MBU-Werte handeln und dieser Ausdruck an anderer Stelle der Patientenakte wieder hinzugefügt worden sein soll, ist in keinsten Weise nachzuvollziehen. Dieser Laborausdruck über die MBU ist neben der Nabelschnurblutuntersuchung die einzige Blutuntersuchung, die auf einem Laborbericht dokumentiert ist. Da der Laborbericht über die MBU jedoch bereits am Geburtsbericht angetuckert ist, kann dieser Bericht gerade nicht vom Geburtsbericht entfernt und an anderer Stelle wieder zugefügt worden sein. Denn dieses Laborergebnis ist nach wie vor an den Geburtsbericht angetuckert.

Das einzige, was nicht mehr am Geburtsbericht hängt, ist das Nabelschnurblutergebnis. Es muss sich bei dem entfernten Laborergebnis daher genau um dieses Ergebnis des Nabelschnurbluts handeln. Und es stellt sich in der Tat die Frage, warum dieses vom Geburtsbericht entfernt wurde, wenn es danach an derselben Stelle wieder angetuckert wurde.

Zu 3. Der in der Patientenakte befindliche Zettel mit dem Wert des angeblich von Moritz Emil Gutmann stammenden Nabelschnurbluts weist als Wertbestimmungszeitpunkt 1.34 Uhr und 1.36 Uhr auf. Zu diesem Zeitpunkt war der Sohn der Klägerin schon 19 bzw. 21 Minuten tot – dieser Zeitpunkt war 1

Stunde und 24 Minuten und 1 Stunde und 26 Minuten nach der Geburt von Moritz Emil Gutmann.

Dies erscheint mehr als merkwürdig. Die Bestimmung des PH-Wertes des Nabelschnurbluts soll zeigen, wie die Sauerstoffversorgung des Kindes bei der Geburt ist. Das Nabelschnurblut wird regelmäßig unmittelbar nach der Geburt von der Hebamme in ein Messgerät, das sich direkt im Kreißaal befindet, gegeben und dann ausgewertet. Es erscheint äußerst unwahrscheinlich, dass angesichts des lebensbedrohlichen Gesundheitszustands des Sohnes der Klägerin nach seiner Geburt mit einem Apgar-Wert von 1 dieser Wert erst 1 Stunde und 24 bzw. 1 Stunde und 26 Minuten nach der Geburt des Kindes ermittelt wird.

Dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass bis zur Bestimmung des pH-Wertes fast 1 ½ Stunden gewartet wurde, zeigt auch die Tatsache, dass Assistenzarzt Thomas B. [REDACTED], der versuchte, den Sohn der Klägerin auf der Kinderintensivstation zu versorgen, unmittelbar nach weiteren 12 Minuten (also um 0.22 Uhr) und wiederum nach weiteren 31 Minuten (um 0.53 Uhr) den Ph-Wert gemessen hat. Es stellt sich schon die Frage, warum angesichts dieser Eile, die wegen des lebensbedrohlichen Zustandes des Sohnes der Klägerin unmittelbar nach der Geburt angezeigt war, der Nabelschnur-PH-Wert des Sohnes der Klägerin erst nach 1 Stunde und 19 Minuten hätte bestimmt werden sollen. Die Klägerin konfrontierte sowohl den Beklagten zu 1) als auch den Justiziar der Uniklinik, T. [REDACTED], mit diesen Fragen, ohne allerdings eine Antwort zu erhalten (s.o.).

Zu 4. Die Angaben um den tatsächlichen Wert des Nabelschnur-PH-Wertes innerhalb der Patientenakte widersprechen sich.

Während auf dem Zettelausdruck des Labors ein arterieller Nabelschnur-PH-Wert von 7,123 angegeben ist (um 1.36 Uhr), ist in dem Bericht des Assistenzarztes der Kinderintensivstation, B. [REDACTED], ein Wert von 7.120 eingetragen. Es fällt hier zudem auf und bedarf der Erklärung, dass der Wert von 7,120 maschinenschriftlich

eingetragen worden ist und der Assistenzarzt B■■■■ seine Maßnahmen und Messwerte handschriftlich auf den offensichtlich schon vorgefertigten Berichtsbogen eingetragen hat.

Beweis: Patientenakte, **Anlage K 65**

Zu 5. Der Nabelschnur-PH-Wert passt nicht zu dem Apgar-Wert nach einer Minute von 1.

Der Nabelschnur-PH-Wert zeigt die Sauerstoffsättigung des kindlichen Blutes während der Geburt an. Regelmäßig korreliert der Nabelschnur-PH-Wert zu dem Apgar-Wert. Denn je besser die Sauerstoffversorgung des Kindes während und am Ende der Geburt war, desto höher ist sein PH-Wert und je besser ist sein Apgar-Wert, der 1 Minute nach seiner Geburt gemessen wird, wobei der 1-Minute-Apgar-Wert den Zustand des Kindes aufgrund der Geburt angibt. Werte von 7,3 gelten als optimal, Werte von unter 7 als katastrophal (kaum ein Kind, das bei der Geburt einen PH-Wert unter 7,0 hatte, überlebt. Kinder, die einen PH-Wert zwischen 7,0 und 7,1 haben, sind überwiegend schwerstbehindert, leiden häufig an Zelebralparesen).

Zwar zeigt der Nabelschnur-PH-Wert von 7,123 bereits eine mittelgradige Asphyxie (Sauerstoffmangel) an und in Verbindung mit dem gleichzeitig gemessenen Bicarbonatwert von 18,3 einen lang andauernden inuterinen Sauerstoffmangel, eine metabolische Azidose an, jedoch entspricht dem 1-Minute-Apgar-Wert von 1, der eine hochgradige Asphyxie anzeigt, regelmäßig ein niedrigerer pH-Wert.

Dies gilt insbesondere auch aufgrund der bei dem Sohn der Klägerin augenscheinlichen blassen Hautfarbe unmittelbar nach der Geburt. Dies zeigt, dass er schon über lange Zeit keine ausreichende Sauerstoffversorgung mehr hatte. Es handelt sich um weiße Asphyxie mit fetalem Schocksyndrom, auch als Scheintod

bezeichnet. Hierbei ist das Kind schon leblos und hat einen Kreislaufzusammenbruch erlitten. Hierbei gilt zu beachten, dass die Asphyxie nach einer durchlittenen Hypoxie auftritt; sie ist sozusagen die Steigerungsform der Hypoxie. Die weiße Asphyxie zeigt einen weitaus schlechteren Gesundheitszustand an als die sog. blaue Asphyxie, die zwar auch auf eine Sauerstoffunterversorgung hinweist, die aber anzeigt, dass diese noch nicht so lange bestanden hat. Ein Säugling wird bei Sauerstoffunterversorgung erst blau. Wenn die Sauerstoffunterversorgung länger andauert wird er blass/weiß. Moritz Emil Gutmann war, als er auf die Welt kam, leblos und blass/weiß.

- Beweis:**
- 1) PH-Werte- Berichtsausdruck, **Anlage K 42, Blatt 8**
 - 2) OP-Bericht des Herrn Dr. K■■■■, **Anlage K 59**
 - 3) Zeugnis des Herrn Thomas B■■■■, zu laden über die Uniklinik Frankfurt, b.b.
 - 4) Sachverständigengutachten

Zu 6. Der Nabelschnur-PH-Wert 7,123 und der BE Wert von -11,5 von 00.10 Uhr passt nicht zu dem 12 Minuten später (00.22.Uhr) ermittelten venösen PH-Wert von 6,91. Er passt auch nicht zu dem katastrophalen BE (Basen-Excess)- Wert von -23 mmol, der auf eine hochgradige metabolische Azidose hinweist.

Der um 00.22 Uhr, 12 Minuten nach der Geburt, vom Assistenzarzt der Kinderintensivstation B■■■■, ermittelte (venöse) PH-Wert betrug 6,91. Seit der Geburt um 00.10 Uhr, wo dieser den Gesundheitszustand von Moritz Emil Gutmann mit „1“ bewertet hat, hat er auf der Kinderintensivstation zusammen mit den Intensivschwestern versucht, das Leben des leblosen und reglosen Säuglings zu retten. Das Kind wurde abgesaugt, intubiert, mit Maske beatmet etc. Nach 5 Minuten bekam Moritz Emil eine Apgar-Bewertung von 6. Dieser Wert ist immer noch sehr schlecht und zeigt die erhebliche Beeinträchtigung durch längeren Sauerstoffmangel auf. Nach 10 Minuten bekam er einen Apgar-Wert von 8. Der Kinderarzt Bartling gab Moritz Emil nach 5 Minuten die volle Punktzahl (2 Punkte) für die Atmung. Das bedeutet, dass Moritz Emil

Gutmann zu diesem Zeitpunkt atmen konnte bzw. erfolgreich beatmet wurde. Es zeigt weiterhin, dass sich sein Gesundheitszustand in den ersten 10 Minuten seines Lebens, ausgehend von dem katastrophalen Apgar-Wert von 1 nach 1 Minute, relativ gesehen, erheblich, wenn auch leider nur kurzzeitig, verbesserte.

Dennoch war sein venöser PH-Wert, der die Sauerstoffsättigung im Blut anzeigt, unter der Schallgrenze von 7,0! Hierbei ist zu beachten, dass der venöse PH-Wert im Vergleich zu dem gleichzeitig abgenommenen arteriellen PH-Wert immer der höhere ist (Sundström, Rosen, Rosen, S. 34, 35, **Anlage K 79**). Es ist somit mehr als unwahrscheinlich, dass Moritz Emil zum Zeitpunkt der Geburt einen arteriellen PH-Wert von 7,123 hatte, nach 10 Minuten Intensivbehandlung, die seinen Gesundheitszustand jedenfalls kurzfristig erheblich verbesserte, in denen er atmen konnte bzw. mit guter Sättigung beatmet wurde, aber lediglich einen venösen PH-Wert von 6,91. Das ist ein Unterschied von 20 Zehnteln bei einem Wert, bei dem sogar die dritte Kommastelle für den Gesundheitszustand des Säuglings von Bedeutung ist. In diesem Zusammenhang bedeuten 20 Zehntel Unterschied Welten.

Im Vergleich dazu lag die Verschlechterung des venösen pH-Wertes von 00.22 Uhr (6,91) zu dem um 00.53 Uhr abgenommenen Wert (6,89), also **31 Minuten später**, nur bei 0,02!

Beweis: 1) Zeugnis des Herrn Thomas B [REDACTED], b.b.
2) Sachverständigengutachten

Der Nabelarterien-PH-Wert sowie der gleichzeitig gemessene Basen-Exzess-Wert von -11,5 mmol/l passen auch nicht zu dem Basen-Exzess-Wert von -23 mmol/l, der 12 Minuten später um 0.22 Uhr gemessen wurde. Bei dem Basen-Exzess-Wert wird die Übersäuerung des Blutes über einen langen Zeitraum festgestellt. Unter einem Wert von -12 bis -18 mmol/l wird, sofern der Säugling

überlebt, von einer schweren Hirnschädigung ausgegangen, das Neugeborene ist schwerstbehindert. Zwar unterscheiden sich hier die Studien, allerdings wird ein Wert von -18 als Schallgrenze angesehen. Der um 0.22 Uhr gemessene Wert mit -23 mmol/l zeigt eine schwere gemischte respiratorische und metabolische Azidose an.

- Beweis:**
- 1) Ausdruck des Basen-Exzess-Wertes, **Anlage K 42, Blatt 8**
 - 2) Sundström, Rosen, Rosen, Überwachung des Feten, S. 34, 35, **Anlage K 79**
 - 3) Sachverständigengutachten
 - 4) Zeugnis des Herrn Thomas B [REDACTED], b.b.
 - 5) Epikrise des Herrn Thomas B [REDACTED], b.b.

Die Klägerin vermutet auch hier den Versuch einer Irreführung eines potentiellen Sachverständigen für eine Gutachtenerstellung.

Gerade der Beklagte zu 1) scheint sich auf diesen Punkt konzentrieren zu wollen. In diversen Briefen ging er nie auf andere Einzelheiten oder gar konkrete Fragen ein. In seinem Brief an die verwaisten Eltern u.a. vom 11.2.2008 schreibt er jedoch, dass „Emil schreiend mit normalen PH-Werten zur Welt gekommen“ sei. Derartiges zu behaupten ist angesichts des leblosen Zustands des Säuglings nach seiner Geburt mehr als höhnisch, zeigt aber sein Interesse an dem Nabelschnur-PH-Wert.

- Beweis:**
- 1) Sachverständigengutachten
 - 2) Schreiben des Beklagten zu 1) vom 11.2.2008, **Anlage K 3**

Abschließend wird zu letzterem Punkt noch folgendes angemerkt:

Sollten die Beklagten während dieses Gerichtsprozesses nachweisen, dass es sich bei dem untersuchten Nabelschnurblut um das Blut von Moritz Emil Gutmann handelt, wird darauf hingewiesen, dass entgegen der Auffassung des Beklagten zu 1) das Ergebnis des arteriellen Nabelschnurbluts keineswegs „normal“ ist. Denn es

kommt bei der Analyse des Nabelschnurbluts, wie oben ausgeführt, nicht nur auf den arteriellen und (fehlenden) venösen pH-Wert an, sondern auf den pH-Wert in Kombination mit anderen Werten, z.B. des Bikarbonats (CHCO_3). Bereits bei pH-Werten unter 7,36 und Bikarbonatwerten unter 21 mmol/l liegt eine metabolische Azidose, eine in uterine Asphyxie sub partu vor. Somit ist bei einem bereits sehr kritischen pH-Wert von 7,123 und einem sehr viel schlechteren Bikarbonatwert von 18,3 mmol/l eine schwere metabolische Azidose nachgewiesen. Da die Todesursache die Mekoniumaspiration war, diesem eine massive und langandauernde in uterine Hypoxie zugrundelag, ist unzweifelhaft festzustellen, dass Moritz Emil Gutmann diese hypoxischen Phasen durchgemacht hat, was sich in dem PH- und Bikarbonatwert widerspiegelt.

Beweis: 1) Thomas Rabe, Gynäkologie und Geburtshilfe, Lehrbuch, 1990, S. 381 – **Anlage K 63**
2) Sundström, Rosen, Rosen, Überwachung des Feten, S. 34,35, **Anlage K 79**
3) Sachverständigengutachten

18. Zu den Klageanträgen im Einzelnen – Die Klageanträge zu Ziffer II:

Die Beklagten zu 1) und 2) sind entsprechend den Klageanträgen zur Herausgabe der geforderten Unterlagen verpflichtet und hierzu antragsgemäß zu verurteilen. Aufgrund des mit dem Beklagten zu 1) geschlossenen privaten Behandlungsvertrages beansprucht die Klägerin die gefertigten, sich aber nicht in der Patientenakte befindlichen Untersuchungsunterlagen ihrer Person. Es ist hinsichtlich der Beklagten zu 2) auch an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass nach höchstrichterlicher Rechtsprechung über den Verbleib von Krankenunterlagen jederzeit Klarheit bestehen muss. Eine Nichtauffindbarkeit stellt einen Organisationsmangel dar, der beweismäßig zu Lasten des Krankenhausträgers geht (BGH, NJW 96, 779).

Die Klägerin hat einen originären Anspruch auf Einblick in die gefertigten, sich aber nicht in der Patientenakte befindlichen Untersuchungsunterlagen ihrer Person. Dieser ergibt sich sowohl aus § 810 BGB, als auch aus dem mit dem Beklagten zu 1) abgeschlossenen privaten und mit dem Beklagten zu 2) geschlossenen gespaltenen Behandlungsvertrag.

Bei einem privaten Arztvertrag hat der Patient sowohl Anspruch auf Auskunft über Art und Verlauf der Behandlung, als auch das Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen (BGH 85, 327; Palandt, § 261 BGB Rn. 15). Die Klägerin hat aufgrund des o.g. Vertrags einen Anspruch darauf, zu erfahren, welche Ergebnisse die an und mit ihr durchgeführten Untersuchungen ergeben haben, sie hat Anspruch auf Vorlage der Untersuchungsergebnisse. Ebenfalls hat sie Anspruch auf Vorlage der Formulare, die sie während der Behandlung unterschrieben hat. Im Hinblick auf die Ergebnisse ist ihr Einblick zu gewähren, auf ausdrückliches Verlangen kann sie nach ständiger Rechtsprechung auch Abschriften gegen Erstattung der Kopierkosten erhalten. Dies macht die Klägerin geltend.

Zu Antrag II. a) Herausgabe der CTG- Aufzeichnung vom 3.11.2007, ca. 17.10 Uhr

Das CTG, das um ca. 17.10 Uhr im CTG-Raum mit den zwei Liegen rechts vom Eingangsflur des Kreißsaalbereichs gefertigt wurde, befindet sich nicht in der Patientenakte.

Die Klägerin ist mit ihrem Ehemann um 17.10 Uhr in der Uniklinik angekommen. Sie hatte heftigste und hyperfrequente Wehen. Nachdem sie sich mit letzter Kraft in den Vorraum zu den Kreißsälen geschleppt hatte und stöhnend an der linken Seite im Flur stand, kam die diensthabende Hebamme Nicole W. auf sie zu und fragte, was los sei. Die Hebamme schaute etwas genervt und betont ironisch-mitleidig drein, so als hätte sie derartige „hypochondrische Schauspielerinnen“ schon oft erlebt.

Als die Klägerin ihr mit Mühe und Not das Geschehen schilderte, führte sie die Klägerin in einen Raum – vom Eingangsbereich nach rechts, in dem sich zwei Liegen befinden, um dort ein CTG zu schreiben. Die Klägerin kannte diesen Raum von Ihrer Vorstellung in der Uniklinik am 30.10.2008, dem ausgerechneten Entbindungstermin, als dort das CTG geschrieben wurde. Die Hebamme legte das CTG an, jedoch nur kurz. Sie rief dann ganz erschrocken: „*Um Gottes willen*“ und: „*sofort in den Kreißsaal*“.

Im Nachhinein, als die Klägerin schmerzfrei war, zollte diese diensthabende Hebamme der Klägerin sogar noch Respekt, wie sie „derartig heftige Wehen versucht habe, wegzuatmen“.

Dieses CTG befindet sich nicht in der Patientenakte. Da es aber gefertigt worden ist und die Uniklinik eine doppelte Aufzeichnung jedes CTGs hat (intern und extern), muss das CTG noch vorhanden sein und ist an die Klägerin herauszugeben.

Zu Antrag II. b) Doppleruntersuchung am Morgen des 3.11.2007

Diese Doppleruntersuchung wurde am Morgen des 3.11.2007 durchgeführt, nach Aufforderung durch die Klägerin, die sich einfach nicht mit dem lapidaren Grund für die Einleitung der Geburt: „*Herr Prof. L. [REDACTED] hat es angeordnet, er will es so.*“ abfinden wollte. Außer der Aussage: „*es ist alles in Ordnung*“ wurde der Klägerin zu dieser Untersuchung nichts mitgeteilt, das Ergebnis befindet sich auch nicht in der Patientenakte.

Da sie in der Erinnerung der Klägerin aber durchgeführt wurde, muss es auch eine Aufzeichnung dieser Doppleruntersuchung geben. Diese ist an die Klägerin herauszugeben.

Zu Antrag II. c) Ultraschalluntersuchung am Morgen des 3.11.2007

Gleiches gilt für die Ultraschalluntersuchung. Diese wurde durchgeführt von dem diensthabenden Assistenzarzt. Auch das Ergebnis dieser Untersuchung ist herauszugeben.

Zu Antrag II. d)

Nachträglicher Geburtsbericht/Gedächtnisprotokoll, gefertigt von Herrn Dr. K [REDACTED] (diensthabender Oberarzt am 3./4.11.2007), Herrn Dr. C [REDACTED] (diensthabender Kreißsaalarzt/Assistenzarzt am 3./4.11.2007) und der am Abend des 3.11.2007 (ab 20 Uhr) diensthabenden Hebamme Dorothee S [REDACTED], das im Anschluss an die Geburt erstellt worden ist und das in die Patientenakte gegeben wurde

Die Hebamme S [REDACTED] sagte den verwaisten Eltern während eines Nachsorgetermins, dass sie, Herr Dr. K [REDACTED] und Herr Dr. C [REDACTED] ein Gedächtnisprotokoll erstellt und dieses in die Patientenakte eingefügt haben. Sie hat die Eltern u.a. für weitere Fragen auf dieses Gedächtnisprotokoll verwiesen.

- Beweis:**
- 1) Zeugnis der Frau Dorothee S [REDACTED], b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn Dr. Christian C [REDACTED], b.b.
 - 3) Zeugnis des Herrn Dr. Stefan K [REDACTED], b.b.

Aus der Patientenakte ist es verschwunden. Dieses Protokoll ist ebenfalls an die Klägerin herauszugeben.

Zu Antrag II. e) Aufklärungs- und Einwilligungsbogen im Hinblick auf den vorzunehmenden Kaiserschnitt, der von der Klägerin vor der Durchführung des Kaiserschnittes unterschrieben wurde

Die Klägerin wurde, nachdem der Oberarzt Dr. K [REDACTED] am 3.11.2007 um 23.30 Uhr die Entscheidung für einen Kaiserschnitt gefällt hatte, von dem Kreißsaal- und Assistenzarzt, Dr. C [REDACTED] ausführlich über die Risiken des Kaiserschnittes aufgeklärt. Er hat ausführliche

handschriftliche Eintragungen zu den Risiken gemacht. Die Klägerin musste einen Aufklärungsbogen unterschreiben, was sie auch tat.

Beweis: 1) Zeugnis des Herrn Dr. Christian C [REDACTED], b.b.
2) OP-Bericht des Herrn Dr. K [REDACTED], **Anlage K 59**

Herr Dr. C [REDACTED] wollte mit der Klägerin den von ihr zu unterschreibenden Fragebogen im Einzelnen durchgehen und zwar trotz des schlechten Gefühls der Klägerin dahingehend, „dass alles schon vorbei ist“ und obwohl sie ihm daher sagte: „*Machen Sie mit mir, was Sie wollen, Hauptsache, dem Kind geht es gut.*“ Sie wollte alles sofort unterschrieben, nur um keine Zeit zu verlieren. Zeit hatten die Ärzte aber offenbar reichlich. Denn trotzdem wurde der Klägerin nun alles ausführlich erklärt. Die unterschriebene Einwilligungserklärung befindet sich allerdings nicht in der Patientenakte.

Die Klägerin vermutet auch hier eine bewusste Herausnahme dieser Einwilligungserklärung aus der Patientenakte.

Dass der unterschriebene Aufklärungsbogen fehlt, deutet darauf hin, dass man offenbar selbst erkannt hat, dass die lange Zeitspanne zwischen Entscheidung zum Kaiserschnitt und der Entwicklung des Kindes zum Problem wird. Möglicherweise wollte man einen potentiellen Gutachter auch darüber im Unklaren lassen, dass man sich, trotz hoch pathologischer Herztöne des Kindes, noch so viel Zeit nahm, ausführlich über die Risiken des Kaiserschnitts aufzuklären.

Jedenfalls im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse a) bis c) und den Aufklärungsbogen für den Kaiserschnitt e) ergibt sich das Herausgaberecht für die Klägerin direkt aus § 810 BGB.

Soweit die Auffassung vertreten wird, dass es sich bei dem Gedächtnisprotokoll (Buchstabe d) der bei der Geburt beteiligten

Personen nicht um Krankenunterlagen im engeren Sinne handelt, ergibt sich das Einsichtsrecht/Herausgaberecht dieser Unterlagen aus den abgeschlossenen Behandlungsverträgen. Das rechtliche Interesse ergibt sich aus der Geltendmachung von Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen und der dafür benötigten Erstellung eines Sachverständigengutachtens über den Geburtsverlauf und dem daraus resultierenden Tod des Neugeborenen, insbesondere auch im Hinblick auf die strafrechtliche Relevanz der Vorgänge.

19. Zu den Klageanträgen im Einzelnen – Der Klageantrag zu Ziffer III:

Der Beklagte zu 1) haftet aus Verletzung des privaten Behandlungsvertrags (§§ 280, 253 BGB) und aus Delikt (§ 823 Abs. 1 BGB). Die Beklagte zu 2) haftet gleichfalls aus Verletzung des gespaltenen Krankenhausvertrags (§§ 280, 253 BGB) und ebenfalls aus Delikt (§ 823 Abs. 1 BGB). Die Haftung hat gesamtschuldnerisch zu erfolgen.

I. Vorbemerkung zu den Haftungsgrundlagen und Anspruchsgrundlagen

Der Beklagte zu 1) und die Beklagte zu 2) haften gegenüber der Klägerin aus Vertrag, gegenüber dem Sohn der Klägerin ab dem Zeitpunkt seiner Geburt aus Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter.

Der Beklagte zu 1), der zum Zeitpunkt der Geburt persönlich nicht anwesend war, haftet wegen der Anordnung der Geburtseinleitung gegenüber der ihm unterstellten (und seine Anweisungen befolgenden) Oberärztin, Dr. R■■■■, vertraglich und deliktisch. Die deliktische Haftung erfolgt aus § 823 BGB bzw., sofern der Beklagte zu 2) verbeamteter Chefarzt ist, aus § 839 Abs. 1, Abs. 2 BGB. Ihm ist grobe Fahrlässigkeit bei der Anordnung zur Geburtseinleitung

„quasi aus der Ferne“ anzulasten. Der Beklagte zu 1) haftet im Hinblick auf die Handlungen im Rahmen der Geburt aus dem mit ihm abgeschlossenen Wahlarztvertrag. Der Beklagte zu 2) haftet darüber hinaus ebenfalls aus Vertrag (gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag – insbesondere im Hinblick auf organisatorische Mängel) und aus Delikt, § 823 BGB für die gesamten Vorgänge im Hinblick auf die Geburt.

Zwar sind die ärztlichen Leistungen bei einem gespaltene Krankenhausaufnahmevertrag grundsätzlich dem Wahlarzt übertragen, die Haftung dafür soll eingeschränkt sein. Jedoch ist es ständige Rechtsprechung, dass dennoch auch das Klinikum als weiterer Haftungsschuldner auch für das ärztliche und das nachgeordnete Personal gerade zu stehen hat. Dies deshalb, weil regelmäßig auch organisatorische Mängel zu den Fehlern der Ärzte und des nachgeordneten Personals beigetragen haben. Im Übrigen ist Sinn und Zweck des gespaltene Krankenhausaufnahmevertrags dem Patienten, gegen entsprechendes Entgelt, eine zusätzliche (bessere) ärztliche Versorgung – und bei deren Scheitern – auch einen zusätzlichen Haftungsschuldner zu bieten.

Eine Exkulpation durch den Beklagten zu 2) im Hinblick auf die Auswahl seines Chefarztes, den Beklagten zu 1), findet nicht statt. Der Beklagte ist als organschaftlicher Vertreter gemäß §§ 31, 89 BGB anzusehen, so dass eine Exkulpation ausscheidet.

Die (groben) Behandlungsfehler der den Beklagten zugeordneten und unterstellten Mitarbeiter haben die Gesundheit der Klägerin erheblich verletzt. Dies gilt für ihre körperliche Unversehrtheit, aber in besonderem Maße auch für ihre psychische Unversehrtheit. Die an ihr begangenen Behandlungsfehler sind ursächlich für den Tod des von ihr über 9 Monate im Mutterleib getragenen und sehnlichst erwarteten und erwünschten Sohnes Moritz Emil. Da der Sohn der Klägerin in den Schutzbereich der mit den Beklagten

abgeschlossenen Verträge einbezogen ist, hat auch er eigene Ansprüche auf Schmerzensgeld, die auf die Klägerin und ihren Ehemann übergegangen sind

Es handelt sich bei den Behandlungsfehlern im Rahmen der Geburtshilfe bis zur Abnabelung des Kindes nicht um eine Verletzung an der Gesundheit von Moritz Emil Gutmann, sondern um eine Verletzung der Gesundheit der Klägerin. Zivilrechtlich gilt ein Neugeborenes erst mit Durchtrennung der Nabelschnur als Träger von Rechten und Pflichten, anders als im Strafrecht, wo die Menschwerdung mit Beginn der Eröffnungswehen beginnt.

Die Klägerin macht daher zunächst Schadensersatzansprüche und Schmerzensgeldansprüche aufgrund eigener Körperverletzung geltend und in zweiter Linie Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche wegen der Körperverletzung und Gesundheitsschädigung ihres Kindes in der einen Stunde seines Lebens. Ebenfalls macht sie abgetretene Schmerzensgeldansprüche ihres Ehemannes, Thomas Gutmann, geltend.

Diese Unterscheidung ist deswegen von Bedeutung, weil die Klägerin damit in erster Linie nicht Schmerzensgeldansprüche wegen der schuldhaften Gesundheitsverletzung eines nahen Angehörigen im Sinne des § 253 BGB als Schockschaden begehrt. Vielmehr steht ihr ein solcher Anspruch aus **eigener unmittelbarer Gesundheitsverletzung** zu, die adäquat kausal zum Tod ihres neu geborenen Sohnes und im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität zu einer körperlichen und massiven psychischen Gesundheitsschädigung der Klägerin führte.

II) Haftungstatbestand:

Die Haftungstatbestände resultieren aus

1. der Verletzung von Aufklärungspflichten, bei denen sich das typische Risiko der Behandlungsmaßnahme verwirklicht hat (Themenkomplex: Einleitung der Geburt)

sowie aus

2. groben Behandlungsfehlern im Hinblick auf die Behandlung der Klägerin (Themenkomplex: medizinische Seite der Geburtseinleitung und Vorgänge während des Geburtsvorgangs).

Zu 1. Aufklärungspflicht verletzt:

Die Klägerin wurde mit der Entscheidung zur Einleitung der Geburt „überfallen“. Die Entscheidung stand vor dem Gespräch mit der Klägerin fest, was nicht zuletzt durch das „Gedächtnisprotokoll“ der Hebamme K■■-B■■ dokumentiert ist (**Anlage K 57**). Sie wurde weder über die Risiken und Nebenwirkungen der Geburtseinleitung aufgeklärt, noch ist ihr eine Alternative zur Geburtseinleitung gegeben worden. Eine stationäre Aufnahme zur weiteren Überwachung wurde ebenfalls verweigert.

Eine Zustimmung des Patienten und die Aufklärung hat grundsätzlich vor jeder diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme zu erfolgen. Der Inhalt und der Umfang der Aufklärung sind vom Einzelfall abhängig. Nach der Rechtsprechung gelten folgende Grundsätze: Je dringlicher und zwingender ein Eingriff medizinisch indiziert ist, desto begrenzter ist die Aufklärungspflicht. Je weniger dringlich ein Eingriff in zeitlicher und sachlicher Hinsicht ist, desto umfangreicher und weitgehender ist die Aufklärungspflicht. Der BGH hat zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten folgendes ausgeführt: "Der Anspruch des Patienten auf angemessene Aufklärung über die Gefahren des Eingriffs, in welchen er einwilligen soll, ist Ausfluss des Selbstbestimmungsrechts über seine Person. Er soll ihn davor schützen, dass sich der Arzt ein ihm nicht zustehendes Bevormundungsrecht anmaßt, und auch sein Recht gewährleisten,

bezüglich seines Körpers und seiner Gesundheit wissentlich sogar Entscheidungen zu treffen, die nach allgemeiner Meinung verfehlt sind." (BGH, VersR 80, 428 ff.).

Der Klägerin wurde die Einleitung der Geburt aufoktroiert, ohne dass sie auf Gefahren und Risiken hingewiesen oder ihr ein eigenes Entscheidungsrecht zugebilligt worden wäre. Durch die Einleitung der Geburt mit einem Prostaglandin-Gel trat ein Wehensturm auf mit hyperfrequenten und zu heftigen Wehen (s.o.). Dieser Wehensturm ist über die gesamte Dauer der Geburt hinweg aufgetreten. Noch um 22 Uhr schreibt der OA Dr. K■■■■: „ohne Part. (Partusisten) hyperfrequente WT (Wehentätigkeit). Dadurch entstand im weiteren Verlauf der Geburt eine Hypoxie und Asphyxie des Kindes, in der Folge die Mekoniumaspiration und der Tod des Kindes der Klägerin.

Mit dem durch die Geburtseinleitung aufgetretenen Wehensturm, der die ganze Geburt hindurch andauert hat, mit Ausnahme der Phasen, in denen die Wehen durch starke Wehenhemmer medikamentös unterbunden wurden, hat sich die Gefahr verwirklicht, die bei einer Prostaglandingeburtseinleitung besteht.

Beweis: Sachverständigengutachten

Weder mit der Sprengung der Fruchtblase, noch mit fortschreitender Zeit ist diese Kausalität aufgehoben worden (dies scheint der Beklagte zu 1) allerdings – zur Vermeidung eigener persönlicher Verantwortung - zu hoffen).

Die aufgetretene Asphyxie des Kindes im Mutterleib, die zu der Mekoniumaspiration, der Todesursache (Grundleiden) geführt hat, ist zu diesem Wehensturm adäquat kausal. Es macht es zwar schlimmer, spielt aber für die Haftung des Beklagten zu 1) und der Beklagten zu 2) keine Rolle, dass die bei der Geburt anwesenden Ärzte und Hebammen den Tod des Kindes verhindern können, wenn sie rechtzeitig gehandelt hätten und das Kind noch vor einer sich

manifestierenden Mekoniumaspiration auf die Welt geholt hätten, dies aber nicht getan haben. Die Kausalität der Geburtseinleitung für den Tod des Kindes ist dadurch nicht unterbrochen, denn es wurde kein neuer Geschehensablauf durch die handelnden Ärzte eingeleitet. Vielmehr manifestierte sich gerade die Folge, vor der die Risiken und Nebenwirkungen der Geburtseinleitung warnen.

Beweis: 1) Minprostin, Vaginalgel, Rote Liste, **Anlage K 67**
Textwiedergabe s.u.
2) Sachverständigengutachten

Zu 2. Grobe Behandlungsfehler:

1) Grobe Behandlungsfehler im Hinblick auf die Einleitung der Geburt

a) Die Einleitung der Geburt hätte nicht erfolgen dürfen.

Für eine Geburtseinleitung bestand keine medizinische Indikation. Eine solche besteht einmal dann, wenn die Gefährdung der Mutter und/oder eine Gefährdung des Kindes die baldige Schwangerschaftsbeendigung notwendig macht. Oder dann, wenn eine „Übertragungssituation“, d.h. ab der 42. SSW, vorliegt, da ab diesem Zeitpunkt – statistisch gesehen – die Komplikationsrate durch Plazentaunterversorgung im Mutterleib und die Mortalität und Morbidität der Neugeborenen zunimmt. Eine Terminüberschreitung, wie sie bei der Klägerin vorlag, ist dagegen kein Grund für eine Geburtseinleitung. Insbesondere gilt zu beachten, dass nach den Leit-/Richtlinien der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe“ die medizinische Indikation für eine Geburtseinleitung noch strenger sein muss bei über 35-jährigen Müttern und bei Müttern, die die 40. SSW überschritten haben. Beides war bei der Klägerin der Fall.

Nach den Leitlinien der DGGG darf zudem eine Einleitung mit einem Prostaglandin-Gel (sofern ein solches gegeben wurde – es wurde ja nicht dokumentiert) gar nicht erfolgen, wenn das Köpfchen des Kindes noch nicht in das Becken eingetreten ist.

Den Regeln der „ärztlichen Kunst“ nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hätte im Übrigen entsprochen, dass die Klägerin nach der Geburtseinleitung stationär aufgenommen wird. Da der Wirkungseintritt des Gels in Art und Weise und Zeitpunkt unvorhersehbar ist, ist es nach der Richtlinie wichtig, sofort reagieren zu können, wenn etwas Unvorhergesehenes passiert

Beweis: Anwendung von Prostaglandinen in Geburtshilfe und Gynäkologie der DGGG, **Anlage K 70, S. 12**

Die Leitlinien der DGGG beschreiben die ärztlichen Standards zu besonderen Fragestellungen. Sie sind zwar, wie es in ihnen heißt, Empfehlungen, sind daher nicht zwingend, jedoch darf von ihnen nur aus besonderen Gründen des tatsächlichen Sachverhalts abgewichen werden (st. Rspr., u.a. Urteil OLG Hamm, VersR 2000, S. 1373). Eine Abweichung von der „Norm“ lag hier nicht vor.

Beweis: Anwendung von Prostaglandinen in Geburtshilfe und Gynäkologie der DGGG, **Anlage K 70, S. 12**

Die Einleitung erfolgte ohne die strenge medizinische Indikation bei der Klägerin als über 35-jährige Patientin, die sich in der 41. SSW befand, ohne die erforderliche fachärztliche Untersuchung durch Frau Dr. R■■■■, ambulant, ohne Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen, ohne Berücksichtigung des Wunsches der Patientin, obwohl der Kopf des Kindes noch nicht im Becken war, noch dazu an einem Samstag.

- Beweis :**
- 1) Zeugnis der Frau Antoinette K■■■■-B■■■■, b.b.
 - 2) Zeugnis der Frau Dr. Anke R■■■■, b.b.
 - 3) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.
 - 4) Schreiben der Klägerin und ihres Ehemannes an die
 - 5) Frau Dr. R■■■■ vom 17.03.2008, **Anlage K 18**, vom 31.03.2008, **Anlage K 20**

Auch der Beklagte zu 1) konnte keinen Grund für die Einleitung festmachen; weder im Vor- noch im Nachhinein. So schrieb er der Klägerin und ihrem Ehemann am 1. August 2008 wörtlich:

„... dass ich Frau Dr. Petra Gutmann letztmalig einige Tage vor der Geburt persönlich gesehen habe und feststellte, dass keine weiteren Maßnahmen nötig wären. Dieses wird von Ihnen, Frau Dr. Gutmann, bestätigt. An dem Tag der Geburt ihres Kindes war den Diensthabenden bekannt, dass ich bei meiner Familie in Münster war. Ich hatte daher sicher keinen Grund, ausgerechnet an diesem Tag eine Geburtseinleitung oder ähnliches (zu) beginnen zu lassen.“

- Beweis:** Schreiben des Beklagten zu 1) vom 1. August 2008, **Anlage K 9**

Auch auf die Frage der Eheleute Gutmann im Gespräch vom 23.4.2008, warum Frau Dr. R■■■■ die Einleitung vorgenommen habe, sagte der Beklagte: „Sie sagt, dass ich das angeordnet habe, das ist aber nicht wahr“. Auf die weitere Frage, ob es einen weiteren Grund für die Einleitung gab: „Nein, mir ist keiner bekannt und Frau Dr. R■■■■ hat mir auch keinen benannt.“

- Beweis:**
- 1) Zeugnis des Herrn Dr. Horst B■■■■, b.b.
 - 2) Zeugnis des Herrn Pfarrer Ulrich K■■■■, b.b.
 - 3) Zeugnis des Herrn Steffen T■■■■, b.b.
 - 4) Zeugnis des Herrn Thomas Gutmann, b.b.

Die Einleitung erfolgte darüber hinaus entgegen den Vorgaben für die Anwendung, die sich bei dem Einleitungsmittel (hier Minprostin Vaginalgel) aus der Roten Liste ergeben. Danach darf u.a. die Einleitung mit diesem Mittel nur bei ausreichend reifer Zervix (Bishop

Score größer als 4) gegeben werden und dazu nur bei kontinuierlicher Überwachung. Ebenfalls ist das Mittel anwendungsbeschränkt, d.h. nur bei noch strengerer Indikation zu geben, wenn das Köpfchen des Kindes noch nicht in das Becken eingetreten ist

Auszug aus der Beschreibung des Medikaments aus der Roten Liste:

*„Anw.: Geburtseinleitung bei Schwangeren am Termin od. nahe am Termin mit **ausreichender Zervixreife (Bishop-Score \geq 4)** und Einlingsschwangerschaft.*

Gegenanz.: P 150 d Prostaglandinüberemf., drohende kindl. Asphyxie, akute kindl. u. mütterl. Gefahrensituation.

*Anw.beschränk.: P 150 Ungeklärte Vaginalblutungen in d. bestehend. Schwang., vorausgegangener Kaiserschnitt u. Oper. mit Eröffn. d. Cavum uteri, schwere Nieren-, Herz- oder Leberschäden, akute gyn. Infekt., **Kopf des Kindes noch nicht in d. Becken eingetreten.***

Nebenw.: P 150 a, b, d, g Gelegentl. Uterine Überstimulation (erhöhte Frequenz u. Intensität d. Wehen. Basaltonuserhöh., ggf. mit Alteration d. kindl. Herzfrequenz u. deren Oszillationsmuster).

Wechselw.: P 150 a, c And. Uterotonike; Überstimulation des Uterus.

Warnhinw.: Anw. darf nur durch Ärzte in Kliniken mit Einrichtungen zur intensivmedizinischen Überwach. u. operativen Entbindungen erfolgen.

Hinw.: Vor d. Anw. ist eine sorgfältige geburtshilfliche Unters. erforderl. Ständige Regist. (Kardiographie) d. kindl. Herztöne u. d. Wehentätigkeit, intensive Überwach. der Geburt. Bei übermäßiger Uterusaktivität bzw. bei uterinen Schmerzzuständen Gefahr einer Uterusruptur berücksichtigen. Eine übermäßige Kontraktion d. Myometriums kann durch i.v. Gabe von β -Sympathomimetika aufgehoben werden.

...“

Hinweis: Die Hervorhebungen sind so dem Originaltext in der Roten Liste entnommen

Beweis: Minprostin, Vaginalgel, Rote Liste, **Anlage K 67**

Bei der Klägerin war die Zervix (Gebärmutterhals), wie ihr die Hebamme K■■-B■■ am Morgen des 3.11.2007 mitteilte, noch unreif (Bishop Score unter 4), das Köpfchen des Kindes war noch nicht in das Becken eingetreten (**s. Anlage K 57**).

Im Hinblick auf die Kausalität der Einleitung der Geburt zu den eingetretenen Schäden wird auf die obigen Ausführungen verwiesen.

b) Das Mittel zur Einleitung war nicht der Zervixreife angemessen, es war daher ungeeignet und ist zu hoch dosiert worden.

Das der Klägerin gegebene Einleitungsgel Minprostin (sofern es sich um dieses Mittel gehandelt hat – eine Eintragung über die Einleitung fehlt bekanntlich in der Akte) war nicht geeignet. Die Klägerin vermutet ebenfalls, dass das Mittel zu hoch dosiert war.

Bei einer unreifen Zervix > 5, die bei der Klägerin diagnostiziert wurde, hätte nur eine intrazervikale Applikation von 0,5 mg Prostaglandin E 2 verabreicht werden dürfen.

Beweis: Baltzer, Friese, Graf, Wolf, Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 276, **Anlage K 66**

Der Klägerin scheint Minprostin-Vaginalgel mit mindestens 1 mg Prostaglandinen verabreicht worden (vielleicht sogar 2 mg – da über die Einleitung nichts vermerkt ist, kann die Klägerin hierzu nur Vermutungen anstellen). Da es das Mittel Minprostin E 2 Vaginalgel

jedoch nur in den Konzentrationen 1mg und 2 mg gibt, ist auf jeden Fall die Dosierung zu hoch gewesen, sollte es sich um dieses Medikament gehandelt haben.

Allein die Tatsache, dass die Klägerin diesen schlimmen Wehensturm erlitten hat, weist genau darauf hin.

Die Geburtseinleitung wurde nicht dokumentiert. Alles spricht für eine Aufklärungspflichtverletzung und der Verwirklichung des Risikos dieser Behandlungsmaßnahme. Außerdem liegen grobe Behandlungsfehler bei Geburtseinleitung vor. Prozessual ergibt sich eine Beweislastumkehr. Daher stehen die vorsorglich angebotenen Beweise hierzu unter Verwahrung gegen die Kostenlast.

2) Grobe Behandlungsfehler im Hinblick auf die Geburt

Folgende Behandlungsfehler sind im Hinblick auf die Maßnahmen und Entscheidungen während der Geburt (alles angesichts einer Risikopatientin, 41 Jahre, Zustand nach ICSI) festzustellen:

a) zu später Anschluss an das CTG angesichts des vorhandenen Wehensturms

(Zur Information vorab: Das betreffende CTG war – 4 Tage nach der offiziellen Zeitumstellung – immer noch nicht auf Winterzeit umgestellt! Insofern verschieben sich die tatsächlichen Zeiten um jeweils eine Stunde nach vorne)

Es stellt eine grobe Befundunterlassung dar, dass die Klägerin erst 28 Minuten nach ihrer Ankunft mit einem Wehensturm an das CTG angeschlossen wurde. Zwar wurde, wie oben ausgeführt, in einem Nebenraum bereits um 17.10 Uhr ein CTG geschrieben, hierbei handelte es sich jedoch nur um einige Minuten Verzögerung. Die diensthabende Hebamme, die schockiert ausrief: „Um Gottes willen, sofort in den Kreißsaal“, hat die Klägerin zwar sofort dorthin geführt. Ausweislich des CTGs wurde dies aber erst um 17.38 (auf dem CTG

18.38 Uhr) angestellt. Die Klägerin empfindet das im Nachhinein als sehr merkwürdig, hat sie doch die Erinnerung, dass „danach“ (nach der heftigen Reaktion der Hebamme) alles „sehr schnell ging“ – inklusive des Anschlusses an das CTG.

b) Nichtreagieren auf das bereits bei Beginn der CTG-Aufzeichnungen pathologische CTG – Fehlende Auswertung der CTG- Aufzeichnungen mittels CTG-Score

Die diensthabenden Ärzte und Hebammen haben das CTG nicht mindestens halbstündig anhand eines CTG-Scores ausgewertet. Das CTG-Score dient zur objektivierbaren Beurteilung eines CTGs und gibt für jeden entscheidenden Parameter, der Rückschlüsse auf den kindlichen Zustand gibt, Auskunft.

Beweis: Baltzer, Friese, Graf, Wolff Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 196-198, **Anlage K 66**

Auf die pathologischen Herztöne des Kindes wurde nicht reagiert. Aus der Patientenakte ergibt sich, dass bereits zum Zeitpunkt des Anschlusses des CTG um 17.38 Uhr die Herztöne des Kindes hoch pathologisch waren. Die Herztöne sind auf unter 60 SpM gefallen. Allein dieser Abfall unter 60 SpM deutet auf eine fetale Hypoxie (Sauerstoffmangel) hin.

Beweis: Sachverständigengutachten

Ab spätestens 22.45 Uhr – das CTG wurde allerdings schon seit 22.20 Uhr massiv schlechter – wurde seitens der Geburtshelfer schriftlich festgehalten, dass die Herztöne des Kindes pathologisch sind. Der Kaiserschnitt wurde dennoch erst über 1 Stunde später gemacht.

Das CTG war bereits bei Ankunft in der Klinik pathologisch und ist im Verlauf der Geburt immer wieder pathologisch geworden. Pathologisch ist der Abfall der Herztöne während tiefer variabler

Dezelerationen unter 110 bis 100 SpM (Schläge pro Minute). Solche treten regelmäßig auf von 17.38 Uhr (auf dem CTG-Ausdruck wegen der Sommerzeit: 18.38) bis 18.38 Uhr (CTG-Ausdruck: 19.38), dann wieder von 22.30 Uhr bis 23.45 Uhr, wobei diese Dezelerationen übergangen in eine hoch pathologische saltatorische Herzfrequenz von Schlag-zu-Schlag Variationen von über 60 Schlägen (CTG-Ausdruck: 23.30 Uhr und 00.45 Uhr).

Beweis: CTG-Ausdruck, **Anlage K 43**

Ebenfalls als hoch pathologisch zu bewerten sind die während der gesamten Geburt aufgetretenen massiven variablen Dezelerationen (Dip I – vergl. auch Eintragung des Dr. K. [REDACTED] in der Patientenakte, Anlage K 42) mit der mehr als ausgeprägten fetalen Herzfrequenzvariabilität, der Amplituden mit bis zu 60 (!) SpM, die mit einer fetalen Hypoxie assoziiert werden und ein Warnsignal darstellen. Ebenfalls die Bradykardien von über 3 Minuten zwischen 18.15 bis 18.25 Uhr (CTG-Ausdruck: 19.15 bis 19.25 Uhr).

Bei wie bei Moritz Emil Gutmann aufgetretenen schweren (= tiefen) Formen der variablen Dezelerationen ist sofort die Bestimmung des aktuellen PH-Wertes und der Basenabweichung angezeigt. Parallel dazu ist die Schwangere zur Entbindung vorzubereiten.

Beweis: Gauge/Henderson, CTG-Training, 4. Auflage, S. 21,
Anlage K 87

Pathologisch sind weiterhin die über Stunden fehlenden Akzelerationen und insbesondere die über 22.50 Uhr (CTG-Ausdruck 23.50 Uhr) bis 23.50 (CTG-Ausdruck 00.50 Uhr) aufgetrenene saltatorische Herzfrequenz, die auf eine akute Hypoxie hinweist.

- Beweis:**
- 1) S.M. Gauge/Ch. Hendersen, CTG- Training, 4. Auflage 2007, **Anlage K 87, S. 12 ff.**
 - 2) Wolfgang Künzel, CTG-Buch – schreiben! verstehen! handeln, **Anlage K 77, S. 16, S. 23**
 - 3) Ausdruck fetale Herzfrequenz- Interpretation 2006, **Anlage K 54**
 - 4) CTG-Ausdruck, **Anlage K 43**

Nicht reagiert haben die Geburtshelfer auch auf das laut CTG-Ausdruck zwei mal biphasische ST (um 22.45 Uhr – auf CTG – Ausdruck 23.45 Uhr und um 23.20 – auf CTG-Ausdruck um 00.20 Uhr), das auf dem CTG-Ausdruck vermerkt ist und aufgrund dessen, unter Berücksichtigung des hochpathologischen CTGs und des fehlenden Geburtsfortschritts, eine Geburtsbeendigung hätte erfolgen müssen.

- Beweis:**
- 1) Sundström, Rosen, Rosen, Überwachung des Feten, S. 27 ff., **Anlage K 79 b**
 - 2) Sachverständigengutachten

Die Klägerin und ihr Ehemann fragen sich, worauf Dr. K■■■■ und die Hebamme S■■■■ über die Stunden hinweg, in denen sich kein Geburtsfortschritt ergab, gewartet haben. In den Stunden, in denen Dr. K■■■■ nach eigenen Angaben „es leider nicht hinbekommen hat, die Wehen in gesundem Abstand und in gesunder Stärke kommen zu lassen“. Viel länger hätte es nicht mehr gebraucht und der Sohn der Klägerin wäre im Leib seiner Mutter gestorben.

Das Abwarten diente offenbar allein dem Ziel, einen Kaiserschnitt zu vermeiden. Denn es geschah ohne Berücksichtigung der Tatsache, dass das Kind bereits durch die Beklagten selbst zu verantwortende (!) Einleitung und den dadurch eingetretenen Wehensturm – der angeblich „nie“ passierte – einen völlig unnatürlichen und unendlich belastenden Geburtsstart hatte. Dieser belastende Geburtsstart wurde einzig und allein durch die Ärzte der Geburtshilfe verursacht und herbeigeführt. Womöglich war aufgrund dessen gar keine natürliche Geburt mehr möglich, jedenfalls deutete sie sich über Stunden hinweg nicht an.

Es geschah ohne Berücksichtigung der Klägerin, die 41 Jahre alt ist und nach 5 jährigen Versuchen durch Reproduktionsmedizin schwanger geworden war.

Dr. K■■■■ wartete, obwohl überhaupt kein Geburtsfortschritt zu verzeichnen war. Das Köpfchen des kleinen Emils war bei Einleitung der Geburt noch nicht im Becken und somit nicht in Geburtsposition; zum Ende der Geburt war er es immer noch nicht. Dass sich während der 6 Stunden nichts getan hat, zeigt das Partogramm (bis 22 Uhr – danach wurde es nicht mehr geführt) und die Eintragungen von Dr. K■■■■ um 23.30 Uhr. Die Lage des Kindes wurde regelmäßig mit zwischen -1 und -2 angegeben (es handelt sich hierbei um die Lage/Tiefe des kindlichen Kopfes vor Beckeneingang).

Beweis: 1) Partogramm in der Patientenakte, **Anlage K 49**
2) Baltzer, Friese, Graf, Wolff Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 194,195, **Anlage K 66**

Es hat sich während 6 Stunden nichts getan. Der Kopf des Kindes war zum Zeitpunkt des aufgezeichneten Geburtsbeginns um 17.10 Uhr bei -2 (d.h. Beckeneingang) und war zum Zeitpunkt der Entscheidung zum Kaiserschnitt immer noch bei -2 im Beckeneingang (Patientenakte, Anlage K 42, Blatt 6). Im Übrigen konnte Herr Dr. Kißler auch nur solange tatenlos zusehen, weil er der Klägerin eine PDA zur Betäubung hat geben lassen. Ansonsten hätte die Klägerin aufgrund der Heftigkeit und Hyperfrequenz der Wehen den Kreißsaal „zusammengeschrien“ und die Ärzte und Hebammen hätten viel früher reagieren müssen.

Zwar hat der kleine Sohn der Klägerin endlos gekämpft, immer wieder versucht, die Sauerstoffunterversorgung irgendwie zu kompensieren. Er hatte gute Kompensationsreserven. Aber irgendwann, nach 6 Stunden Kampf, musste er sich geschlagen geben. Die Ärzte und Hebammen haben ihn „geschafft“. Dadurch kam die Mekoniumaspiration zustande.

Das für die Eltern Unfassbare ist, dass ihr Sohn erst ohne notwendigen Anlass, ohne Indikation durch Einleitung der Geburt auf die Welt gezwungen werden sollte, obwohl er vielleicht noch nicht bereit war. Dass man ihn dann aber, obwohl mit dem Wehensturm, eine absolut belastende Nebenwirkung eintrat, einfach über Stunden hinweg nicht holte, sondern ihn im Mutterleib kämpfen und leiden ließ, bis er schließlich sterben musste. Moritz Emil Gutmann war ausgeliefert, war im Mutterleib über Stunden gefangen, hat sich unvorstellbar gequält, hatte aber aus eigenen Kräften keine Chance, auf diese Welt zu kommen.

c) Fehlende Auswertung des CTGs – CTG –Score

Die Eltern mussten zudem feststellen, dass die Geburtshelfer entgegen ihrer Verpflichtung, das CTG nicht regelmäßig in 30-minütigen Abständen per CTG Score bewertet haben. Eine CTG Score-Tabelle ist dafür da, anhand verschiedener Parameter mithilfe eines Punkteschemas (Akzelerationen, Dezelerationen, Basislinie der Herztöne, Oszillationen etc. – s. vorgedrucktes Formular in der Patientenakte- **Anlage K 50**) festzustellen, ob abgewartet werden kann oder ob eine Geburtsbeendigung erfolgen muss. Dieses vorgedruckte Formular in der Patientenakte ist nicht auch nur mit einem Eintrag versehen.

- Beweis:**
- 1) CTG Score in der Patientenakte, **Anlage K 50**
 - 2) W. Künzel, CTG-Buch, schreiben! Verstehen! handeln! S. 24 ff., **Anlage K 77**
 - 3) J. Baltzer, K. Friese, M. Graff, F. Wolff, Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe 2004, S. 198, **Anlage K 66**
 - 4) Anwendung des CTG, Leitlinien der DGGG, **Anlage K 71, S. 12**

Es ist den Geburtshelfern vorzuwerfen, dass sie nicht berücksichtigt haben, dass allein dadurch, dass die Klägerin keine Schmerzen mehr hatte, das Kind im Mutterleib weiterhin so unvorstellbar und unnatürlich leiden musste. Denn es waren keine „normalen“ Wehen, solche also, die jedes Kind bei seiner Geburt aushalten muss.

Vielmehr lagen unmittelbar seit Beginn heftigste Wehen mit einem Wehenabstand von 1-2 Minuten, im Verlauf der Zeit mit noch kürzerem Abstand, vor. Die Klägerin hätte mit Sicherheit (was sie allerdings nicht beweisen kann) eine normale Geburt ohne Schmerzmittel ertragen können und wollen. Die heftigen Wehen konnte sie nicht aushalten. Zu berücksichtigen ist, dass durch Wehenmittel ausgelöste Wehen eine ganz andere, viel schmerzhaftere Wehentätigkeit verursachen.

d) PDA trotz vollständig geöffnetem Muttermund

In der Situation, in der die Klägerin in die Klinik kam (heftigste, hyperfrequente Wehen) hätten die Geburtshelfer überhaupt keine Betäubung mit PDA in Erwägung ziehen dürfen, da der Muttermund bereits vollständig auf 10 cm geöffnet war. Zu einem solch späten Zeitpunkt, wo die Geburt sich noch maximal $\frac{1}{2}$ bis 2 Stunden hätte hinziehen dürfen, ist eine PDA nicht angezeigt. Vielmehr hätte aufgrund der nicht auszuhaltenden Schmerzen und des hoch pathologischen CTGs baldmöglichst eine Geburtsbeendigung herbeigeführt werden müssen.

Im Übrigen hätte schon angesichts des Wehensturms und der bis unter 60 SpM fallenden Herztöne keine PDA mehr gelegt werden dürfen. Die PDA hätte allenfalls mit sofortiger Sectiobereitschaft erfolgen dürfen und die Sectio hätte erfolgen müssen, wenn kein Geburtsfortschritt erkennbar ist.

Beweis: Sachverständigengutachten

e) Sprengung der Fruchtblase ohne Grund bei hyperfrequenter Wehentätigkeit

Dadurch, dass die Fruchtblase gesprengt wurde, hat der Sohn der Klägerin, insbesondere an seinem Kopf, die Heftigkeit der Wehen auch noch viel stärker zu spüren bekommen. Warum die Fruchtblase gesprengt wurde, ist Bestandteil des von den Eltern an den

Beklagten zu 1) übermittelten Fragenkatalogs von 28 Fragen, deren Beantwortung dieser bis heute ablehnt. Interessant wäre eine Erklärung, weshalb die Sprengung der Fruchtblase erfolgte deshalb, weil diese das Leiden des ungeborenen Kindes nur noch verschlimmerte. Eine Blasensprengung erfolgt, wenn man eine Verstärkung der Wehen beabsichtigt oder wenn man eine Kopfschwartenelektrode (KSE) legen will. Ersteres war angesichts des Wehensturms, unter dem die Klägerin und ihr Sohn zu leiden hatte, nicht angezeigt und letzteres erfolgte erst gegen 22 Uhr, also erst über 4 Stunden später.

Beweis: Fragenkatalog vom 19.07.2008, **Anlage K 37**

f) Nichtreagieren auf das wiederholt pathologische CTG inkl. der massiven Wehenstörungen

Wie die Eltern später aus der Patientenakte entnahmen, musste das Kind die weiterhin hyperfrequenten und viel zu heftigen Wehen über Stunden hinweg aushalten, nur unterbrochen durch einzelne Ruhephasen, in denen der Klägerin über den Tropf wehenhemmende Mittel gegeben wurden.

Bereits um 18.35 Uhr wurde angesichts der heftigen Wehentätigkeit der Klägerin Partusisten intravenös verabreicht (2,0 ml/h). Die Partusistengabe erfolgte durchgängig (!) bis 21 Uhr (die Klägerin erlaubt sich die Frage, ob das Sinn eines Notfalltokolysemittels sein kann). Die Wehentätigkeit wurde dann dadurch zunächst geringer. Als um 21 Uhr die Partusistengabe abgesetzt wurde, ging die hyperfrequente und zu starke Wehentätigkeit sofort wieder weiter.

Beweis: CTG- Aufzeichnung, **Anlage K 43**

Partusisten ist ein Notfalltokolysemittel, das die Wehentätigkeit unterbrechen soll. Allerdings sind entsprechend der Medikamentenbeschreibung des Herstellers Boehringer Ingelheim (**Anlage K 51**) die Erfolgsaussichten einer tokolytischen Behandlung

bei geöffneter Fruchtblase und einem mind. 2-4 cm erweiterten Muttermund gering (**Anlage K 51, S. 4**). Dennoch sah sich niemand zum Handeln veranlasst.

Zwar kann die uterine Hyperaktivität wesentlich zur Verschlechterung des fetalen Zustandes beitragen. Auch bei vaginaler Prostaglandinapplikation kommt es vermehrt zu Polysystolien und Dauerkontraktionen. Jedoch stellt sich in der Tat die Frage, wie lange ein Geburtshelfer mit Notfalltokolysemitteln versucht, die Geburt in den Griff zu bekommen, bevor er den Weg der Schnittentbindung geht. Es erscheint äußerst ungewöhnlich, dass die Geburtshelfer gleich zu Beginn der Geburt Notfalltokolysemittel anwenden und dieses – ohne Erfolg im Geburtsfortschritt – über 6 Stunden wiederholt fortsetzen. Warum und mit welchem Ziel?

Beweis: Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe von J. Baltzer, K. Friese, M. Graf und F. Wolff, 2004, S. 297, 298, **Anlage K 66**

Völlig unverständlich und grob behandlungswidrig wurde die Klägerin dann um 21 Uhr zur Anregung der Wehentätigkeit(!) von der Hebamme S■■■■ akupunktiert. Eine Akupunktur trotz heftigster hyperfrequenter Wehentätigkeit! Dies sieht die Klägerin angesichts des oben Gesagten als grob fehlerhaft an.

Beweis: Patientenakte, **Anlage K 42, Blatt 5**

Über Stunden hinweg hat man das Kind diesem Stress des Wehensturms ausgesetzt. Noch um 22 Uhr schrieb Oberarzt Dr. K■■■■: „ohne Part. (Partusisten = wehenhemmendes Mittel) hyperfr. WT (hyperfrequente Wehentätigkeit).“

Der Basaltonus der Wehen war bereits beim Eintreffen in der Klinik, bei Beginn der Aufzeichnungen stark erhöht. Die Klägerin empfand auch beim Eintreffen in der Klinik subjektiv keine Pausen mehr

zwischen den Wehen. Laut Aufzeichnungen war er bei regelmäßig **60 mmHg (hypertone Motilität)**. Von da aus stieg der Druck auf dem Höhepunkt der Wehe auf 100 mmHg und darüber, was das CTG Gerät bei der Beklagten zu 2) jedoch nicht mehr aufzeichnen konnte.

Der Basaltonus der Uterusmuskulatur beträgt etwa 15 mmHg. Der normale Anstieg in der Eröffnungsphase der Geburt erfolgt bis auf 60 mmHg. Bei diesem Wert lag bei der Klägerin der inauterine Wehengrundtonus vor, von dem aus die Wehen in die Höhe gingen: in der Austreibungsphase auf 100 mmHg bis zu Spitzen von 220 mmHg. Es wird an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass die Austreibungsphase gerade wegen der starken Wehentätigkeit nur maximal 2 Stunden dauern darf!

Beweis: für den Druckanstieg der Wehen:
Rabe, Gynäkologie und Geburtshilfe, Lehrbuch, 1990, S. 454, **Anlage K 63**
J.W. Dudenhausen, H.P.G. Schneider, G. Bastert, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 2. Auflage, 2003, S. 254, 255, **Anlage K 78**
Für Geburtsdauer in der Austreibungsphase:
Baltzer, Friese, Graf, Wolff, Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 188, **Anlage K 66**

Einschub: *Sollten diese Ergebnisse deswegen aufgezeichnet worden sein, weil der Wehenmesser nicht auf 20 mmHg genormt war, ist das von Seiten der Beklagten nachzuweisen. Für diesen Fall ist den Beklagten eine grobe Pflichtverletzung im Hinblick auf die Befunderhebung vorzuwerfen. Denn durch die nach oben begrenzte Registrierung der Druckaufzeichnung konnten die Geburtshelfer nicht erkennen, wie hoch der inauterine Druck tatsächlich ist (z.B. gleich bei Beginn der Aufzeichnung, um 17.47 Uhr (CTG-Ausdruck: 18.47 Uhr) war der Druck über 100. Die genaue Druckhöhe konnte aber nicht aufgezeichnet werden, da die Aufzeichnungsmöglichkeit endete.*

Auch für diesen Fall, den die Beklagten nachzuweisen und zu erklären haben, dass das Aufzeichnungsgerät der Wehentätigkeit nicht genormt war, sind daher die übrigen Wehenstörungen (uterine Hyperaktivität, hypertone Motilität, inkoordinierte Wehentätigkeit) klar erkennbar.

Ende Einschub

Durch die Prostaglandingabe und den Wehensturm ist eine uterine Hyperaktivität (= Wehenfrequenz von 5 und mehr innerhalb von 10 Minuten) von 18.10 bis 18.38 Uhr aufgetreten. Nach Absetzen des wehenhemmenden Mittels Partusisten trat eine solche Hyperaktivität von 21 bis 21.50 Uhr (CTG-Ausdruck: 22 - 22.50 Uhr) und von 23 bis 23.50 (CTG-Ausdruck: 00.00 - 00.50 Uhr), zusammen mit Dauerkontraktion der Gebärmutter auf. Gleichzeitig trat eine hypertone Motilität, also ein pathologisch erhöhter Grundtonus über 15 mmHg auf.

Die extreme Steigerung von Frequenz und Amplitude ist der Wehensturm, bei dem eine Wehe die andere jagt. Bei der uterinen Hyperaktivität muss mit einer Perfusionsverminderung gerechnet werden. Dadurch kommt das Kind in Hypoxiegefahr. Sie kann durch Wehenmittelgabe ausgelöst werden.

Die bei diesen Wehenstörungen angezeigte Akuttokolyse, wurde zwar ab 18.35 bis 21 Uhr und von 22 Uhr bis zur Geburt um 00.10 Uhr (CTG-Ausdruck: jeweils 1 Stunde später) gegeben. Von 18.35 bis 21 Uhr führte die Akuttokolyse auch zu einer Verminderung der Uterusaktivität. Allerdings verfehlte sie ihre Wirkung ab 22 Uhr – dort waren die Wehen weiterhin zu heftig und hyperfrequent.

- Beweis:**
- 1) CTG- Ausdruck, **Anlage K 43**
 - 2) Eintrag von des OA Dr. K■■■■ in die Patientenakte, **Anlage K 42**
 - 3) Sachverständigengutachten

Dagegen erfolgte nicht die bei einer derartigen Wehenstörung kontinuierliche Kontrolle der kindlichen Kondition durch das CTG und die Fetalblutanalyse (MBU).

- Beweis:**
- 1) Patientenakte, **Anlage K 42**
 - 2) J.W. Dudenhausen, H.P.G. Schneider, G. Bastert, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 2. Auflage, 2003, S. 254, 255 , **Anlage K 78**
 - 3) Sachverständigengutachten

Bereits zu Beginn der CTG-Aufzeichnung um 17.38 Uhr während der gesamten Austreibungsphase bis zur Geburt des Kindes lag ein erhöhter Grundtonus vor. Zwischen 23.15 und 23.35 Uhr lag eine Dauerkontraktion vor. Bei diesen Wehenstörungen, der sog. hypertonen Motilität, bei denen als häufigste Ursache die Überdosierung von Wehenmitteln vorliegt (s. J.W. Dudenhausen, H.P.G. Schneider, G. Bastert, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 2. Auflage, 2003, S. 254, 255 – **Anlage K 78**), kommt es zu einer Reduktion der uteroplazentaren Durchblutung, zum fetalen Sauerstoffmangel und damit zur Azidose.

Die Herztöne waren ab 22.30 Uhr durchgehend hoch pathologisch, schwerste variable Dezelerationen bis unter 80 SpM – bei Wehentätigkeit aber auch ohne Wehentätigkeit – und Verlust von Akzelerationen. Dieses CTG—Muster wandelte sich dann zu einem hoch pathologischen saltatorischen Herzfrequenzmuster mit einer Schlag- zu Schlag-Variabilität von über 60 (!) Schlägen pro Minute. Pathologisch war ebenfalls der Anstieg der Basiskurve auf über 150 SpM, aufgetreten ab 22.10 bis 22.40 Uhr (CTG-Ausdruck: 23.10 Uhr) und ab 23.05 Uhr.

g) Keine Geburtsbeendigung trotz über 6-stündigem Geburtsstillstand in der Austreibungsphase mit Folge der Hypoxie und Mekoniumaspiration

Über 6 Stunden Geburtsstillstand in der Austreibungsphase haben die Ärzte nicht veranlasst zu handeln. Dabei darf die

Austreibungsphase ohne einen Wehensturm nur ½ bis maximal 2 Stunden dauern.

Beweis: 1) Baltzer, Friese, Graf, Wolff Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 188, **Anlage K 66**
2) Rabe, Gynäkologie und Geburtshilfe, Lehrbuch, 1990, S. 289, **Anlage K 63**

Es ist den Ärzten und Hebammen zum einen vorzuwerfen, dass sie nicht mit konventionellen Mitteln versucht haben, das Kind auf natürlichem Wege auf die Welt zu holen. Die Klägerin lag über die gesamten 6 Stunden auf der linken Seite. Die Abkürzung in der Patientenakte „LSL“ (= linksseitige Lagerung) ist über den gesamten Geburtsverlauf zu finden. Der Sohn der Klägerin hat sich bei dieser Lagerung über Stunden hinweg nicht so eingestellt, dass er in den Geburtskanal hätte eintreten und ihn passieren können. Schließlich wurde um 23.30 Uhr von Herrn Dr. K■■■■ ein „hoher Geradstand“, eine sog. pathologische Einstellungsanomalie diagnostiziert, die es – ohne helfende Maßnahmen, eben Lagerungswechsel – dem Kind nicht möglich macht, in den Geburtskanal einzutreten. Es ist zu vermuten, dass das Kind schon über Stunden in einer derartigen Einstellungsanomalie verharren musste, ohne dass man ihm den Weg in den Geburtskanal gezeigt hätte.

Es stellt sich zum einen die Frage, warum diese Diagnose erst um 23.30 Uhr gestellt wurde und zum anderen, warum die Hebamme, die während der Untersuchungen, in denen sie feststellte, dass das Kind nicht herunterrutscht, nicht etwa durch verschiedene Lagerungswechsel versuchte, dem Kind den Weg zu zeigen.

Zum anderen ist den Ärzten vorzuwerfen, dass sie, obwohl sie den fehlenden Geburtsfortschritt sahen, dennoch bei Scheitern von Lagerungswechseln keine Geburtsbeendigung per Kaiserschnitt angestrebt haben.

Der Sohn der Klägerin musste eine Hypoxie (massiver Sauerstoffmangel) und in Folge dessen eine Asphyxie (Pulslosigkeit) ertragen. Bei dem Sohn der Klägerin wurde im Nachhinein eine hochgradige Mekoniumaspiration diagnostiziert. Das Mekonium war nicht nur in sämtlichen Atemwegen, sondern sogar bereits in Magen und Darm reichlich vorhanden und gleichzeitig waren der Nabel und die Fingernägel grün verschmiert. (Vgl. dazu Epikrise des Zentrums für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in der Patientenakte, **Anlage K 57**, sowie Bericht der Pathologie vom 9.11.2007, **Anlage K 64** und Epikrise des Zentrums für Kinderheilkunde und Jugendmedizin – Abteilung Neonatologie, **Anlage K 57**)

Damit steht fest, dass diese schwere Mekoniumaspiration, hervorgerufen durch massiven Stress und Sauerstoffmangel, schon längere Zeit bestand. Denn wenn das Mekonium schon im Magen und Darm des neugeborenen Kindes war, hat es bereits den Weg des Verdauungsprozesses durchlaufen. Auch die Tatsache, dass das Mekonium unter den Fingernägeln und an der Nabelschnur zu finden war, zeigt, dass sich der Embryo schon seit geraumer Zeit in einer Notsituation befunden hat. Moritz Emil Gutmann hatte das Mekonium daher schon über längere Zeit in utero und nicht etwa nach Abnabelung aspiriert.

Beweis:

- 1) Mekoniumaspiration, **Anlage K 76**
- 2) Epikrise B [REDACTED], **Anlage K 56**
- 3) Zeugnis des Herrn Dr. Horst B [REDACTED], b.b.
- 4) Sachverständigengutachten
- 5) Handbuch Kinderheilkunde Colic.
eu: Mekoniumaspiration, **Anlage K 53**
- 6) Dudenhausen u.a. Frauenheilkunde, **Anlage K 78, S. 290**

Dass die Geburtshelfer diese Notsituationen des Feten nicht erkannt haben, stellt einen groben Behandlungsfehler dar, der zum Tod von Moritz Emil Gutmann geführt hat.

h) MBU erstmals um 23 Uhr

Folgende Veränderungen im CTG weisen auf eine Asphyxie hin und sind gleichzeitig Indikation für eine fetale Blutanalyse (MBU):

- Anhaltende unklare oder pathologische CTG-Muster
- Persistierende mittelschwere und schwere variable Dezelerationen
- Protrahierter Geburtsverlauf bei unklarem CTG Muster bei suspektem/pathologischem CTG. Der Leitbefund ist ein hochpathologisches CTG.

Beweis: J. Baltzer, K. Friese, M. Graf, F. Wolff, Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, S. 296, 297 – **Anlage K 66**

Die MBU (Mikroblutuntersuchung oder auch Fetalblutanalyse: FBA) hätte nach den oben ausgeführten Regelwidrigkeiten der Herztöne des Kindes und des Wehenschreibers schon viel früher, nämlich bereits seit Ankunft der Klägerin in der Klinik erfolgen müssen, um die kindliche Kondition und vor allem deren Entwicklung überprüfen zu können. Dies auch insbesondere angesichts der Tatsache, dass bei Ankunft der Klägerin durch das hochpathologische CTG davon ausgegangen werden musste, dass die Herztöne bereits während des Wehensturms zu Hause sehr problematisch waren.

Die MBU liefert immer nur eine Momentaufnahme des kindlichen Zustands und muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden.

Um 23 Uhr wurde erstmals eine MBU durchgeführt. Das Ergebnis war mit 7,27 grenzwertig; bei 7,25 beginnt die Präazidose.

Beweis: Azidose nach Saling, **Anlage K 79 a**

Um 23 Uhr hätte die MBU aufgrund des stundenlangen Geburtsstillstands und des hoch pathologischen CTG überhaupt nicht mehr durchgeführt werden dürfen. Dies deshalb, weil sich die

Sauerstoffversorgung minütlich ändern kann und bei einem stundenlangen Geburtsstillstand bei persistierendem hoch pathologischem CTG nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Sauerstoffversorgung „gewartet“ werden darf, um dann erst zu handeln. So ist es zwingend, wehenabhängige Dezelerationen zu bewerten, bevor die Zentralisation des fetalen Kreislaufs eingesetzt hat (**Künzel, CTG-Buch, S. 24, Anlage K 77**)

i) Keine Wiederholung der MBU nach wenigen Minuten, spätestens aber nach ½ Stunde, also spätestens um 23.30 Uhr

Außerdem muss bei pathologischem CTG, gerade weil es sich immer nur um eine Momentaufnahme des fetalen Zustands handelt, (selbst bei normalem pH-Wert) nach wenigen Minuten, spätestens aber nach 30 Minuten eine Messung wiederholt werden. Dies muss natürlich insbesondere für einen grenzwertigen pH-Wert, der nur um 2 Hundertstel von der Diagnose „Präazidose (= 7,25)“ entfernt ist, gelten.

Beweis: J. Baltzer, K. Friese, M. Graff, F. Wolff, Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe 2004, S. 41, **Anlage K 66**

Der bei dem Sohn der Klägerin gemessene MBU-pH-Wert von 7,27 war grenzwertig und wies darauf hin, dass eine Präazidämie bevorsteht.

Beweis: Einteilung der Azidämie nach Saling, **Anlage K 79 a**

Es war grob fahrlässig, trotz des weiterhin persistierenden hoch pathologischen CTGs weiterhin abzuwarten und den Wert spätestens um 23.30 Uhr, als die Entscheidung zum Kaiserschnitt gefällt wurde, nicht erneut zu überprüfen. Gerade weil es sich um eine Momentaufnahme handelt und sich der Wert zum Nachteil des Fetus jede Minute verschlechtern kann.

Die Geburtshelfer wissen bzw. hätten wissen müssen, dass ein Fetus, der sämtliche Reserven aufgebraucht hat, innerhalb von wenigen Minuten eine große Sauerstoffunterversorgung mit hypoxischen Schäden erleiden kann. Dass die Geburtshelfer den grenzwertigen pH-Wert der MBU über 1 Stunde trotz stundenlangen Geburtsstillstandes bis zur Geburt des Kindes unkontrolliert ließen, überschreitet schon die Grenze von Fahrlässigkeit zum Vorsatz.

Gerade auch vor der Entscheidung zur Geburtsbeendigung hätte der fetale Zustand erneut überprüft werden müssen, um zu entscheiden, ob das Kind mit zügigem, eiligem oder Notkaiserschnitt geholt werden muss. Dies zu unterlassen, ist ein grober und vorwerfbarer Behandlungsfehler.

Beweis: Sachverständigengutachten

Sollten die Beklagten wider Erwarten darauf abstellen, dass der pH-Wert ja „noch gut“ gewesen sei, wird bereits an dieser Stelle auf folgendes hingewiesen

Sollten die Beklagten mit ihrer Argumentation Recht haben, so würde das bedeuten, dass man bei einem Kind trotz eines über Stunden fehlenden Geburtsfortschritts, trotz persistierenden dokumentierten(!) pathologischen CTGs, aber eines gerade noch über der Grenze liegenden pH-Wertes so lange kämpfen lässt, bis auch dieser Wert – neben den bereits äußerst schlechten Herztönen – noch pathologisch wird, um erst dann zu handeln. Ohne seinen Zustand nach dieser langen Zeit mit Wehensturm und hochpathologischem CTG erneut zu überprüfen. Dass das nicht sein kann, sagt bereits der gesunde Menschenverstand.

Die Klägerin kann nun nach ihrer schlimmen Erfahrung sagen, dass ihr Sohn angesichts des MBU-Ergebnisses um 23 Uhr nach den Qualen des nicht in den Griff bekommenen Wehensturms und der

gesprengten Fruchtblase, die seinen Kopf einer noch stärkeren Kompression bei jeder Wehe aussetzte, unendlich viele Reserven hatte, stark war und um sein Leben mit seinen Eltern kämpfte. Sie empfindet es als umso schlimmer, dass die verantwortlichen Ärzte und Hebammen trotz Moritz Emils großer Kompensationsreserven es fertig brachten, dass dieses gesunde, kräftige Kind stirbt. Und nunmehr seine Kräfte und Reserven zur Rechtfertigung ihres eigenen Versagens, des Nichthandelns trotz über Stunden bestehendem Geburtsstillstands, als für sich entlastend heranziehen.

j) Überschreitung der E-E-Zeit (Entscheidungs-Entwicklungszeit)

Dr. K■■■■ schrieb im OP-Bericht vom 4.11.2007, der noch vor dem Tod des Sohnes der Klägerin um 00. 41 Uhr gefertigt wurde, dass es ein „eiliger Kaiserschnitt“ war.

Nach der Eintragung von Dr. K■■■■ in die Patientenakte lag eine „drohende fetale Asphyxie bei suspektem CTG“ vor. Bei dieser Diagnose hätte ein Notkaiserschnitt vorgenommen werden müssen, die E-E-Zeit hätte maximal 20 Min. betragen dürfen.

Jedoch unabhängig davon, dass zum einen bereits die Indikationsstellung zum Kaiserschnitt „drohende fetale Asphyxie“ einen Notkaiserschnitt mit einer E-E-Zeit von max. 20 Minuten erfordert hätte **und** dass dem Oberarzt Dr. K■■■■ um 23.30 Uhr, 30 Minuten nach der ersten MBU und vor Entscheidung zum Kaiserschnitt die unterlassene Befunderhebung mit der Wiederholung der MBU vorzuwerfen ist, hat sogar der von ihm angestrebte eilige Kaiserschnitt mind. 10 Minuten zu lang gedauert. Denn bei einem eiligen Kaiserschnitt beträgt die E-E Zeit max. 30 Minuten in einem Krankenhaus, das die räumlichen und sächlichen Mittel für eine schnelle Reaktion hat.

Beweis: Kox, Spies, Check up Anästhesiologie, 2. Auflage, S 322

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Uniklinik ein Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe ist. So heißt es auf ihrer Internetseite wie folgt:

„Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe – Level 1

Zusammen mit dem Schwerpunkt Geburtshilfe und Pränatalmedizin des Zentrums für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bildet der Schwerpunkt Neonatologie das Perinatalzentrum der Universitätsklinik. Es entspricht den Anforderungen für die höchste Versorgungsstufe entsprechend der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ vom 20.9.2005 (<http://www.g-ba.de>) und den Anforderungen für die höchste Versorgungsstufe entsprechend der Empfehlung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften „für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ (<http://leitlinien.net/>).“

Beweis: 1) OP-Bericht des Herrn Dr. K■■■■, Anlage K 59
2) Sachverständigengutachten

k) Über Stunden andauernde Überlassung der Beobachtung der CTG- Aufzeichnungen an die Hebamme durch den Oberarzt trotz Wehensturms und hochgradig pathologischem CTG bereits bei Ankunft in der Klinik

Dr. K■■■■, der wegen der Abwesenheit des Beklagten zu 1) als ihn vertretender Oberarzt die Verantwortung für die Geburt trug, war insgesamt inkl. der Entscheidung zum Kaiserschnitt trotz des um 17.50 Uhr diagnostizierten Wehensturms und des pathologischen CTGs nur 3 mal (!) im Kreißaal bei der Klägerin, um 17.50 Uhr, 22 Uhr und 23.30 Uhr.

Nach OLG Oldenburg (Urteil 16.1.1996; Az: 5 U 17/95; VersR 97, 1236), begeht der Gynäkologe einen groben Behandlungsfehler, wenn er der Hebamme die weitere Beobachtung der CTG-Aufzeichnungen überlässt, obwohl diese bereits hochpathologisch sind, und wenn er sich auch nicht in kurzen Abständen darüber informiert und die medizinisch notwendigen Befunden dazu erhebt, ob inzwischen eine Besserung eingetreten ist.

Die Klägerin sieht bewusst davon ab, die allerdings deutlich geringeren Versäumnisse der Kinderintensivstation, auf der ihr Sohn schließlich verstorben ist, zu benennen. Die Klägerin geht trotz dieser Versäumnisse davon aus, dass der Kinderarzt B. [REDACTED] alles in seiner Macht Stehende getan hat, um ihren Sohn zu retten, was angesichts seines katastrophalen Zustands und seiner Werte nach der Geburt nicht mehr möglich war.

Zum **Beweis** sämtlicher oben genannter Behandlungsfehler wird, sofern nicht ohnehin durch die Unrichtigkeit und Unvollständigkeit der Patientenakte von einer **Beweislastumkehr** auszugehen ist, neben der angegebenen Fachliteratur, **beantragt**,

ein medizinisches Sachverständigengutachten einzuholen.

Die oben genannten Behandlungsfehler stellen – jeder für sich genommen – grobe Behandlungsfehler bzw. Befunderhebungsfehler dar, da sie entgegen sämtlicher Regeln ärztlichen/fachärztlichen Standards sind. Jeder Behandlungsfehler für sich war geeignet, den Tod von Moritz Emil Gutmann zu verursachen. Alle Behandlungsfehler zusammen haben den Tod von Moritz Emil Gutmann verursacht.

III. Schadensersatz der Höhe nach

1) Die Klägerin macht für ihren Sohn, ihren Ehemann und für sich den Ersatz der im folgenden aufgeführten Schäden geltend.

Die Haftung ergibt sich zum einen aus § 280, 253 BGB aus Verletzung des privatärztlichen Behandlungsvertrags und des Wahlarztvertrags (in Bezug auf den Beklagten zu 1) aus Verletzung des gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrags (in Bezug auf den Beklagten zu 2,) und zum anderen aus Delikt nach §§ 823 ff., 844 BGB gegen beide Beklagte (im Hinblick auf den Beklagten zu 1) bezüglich der Haftung wegen der Einleitung der Geburt ggf. in Verbindung mit § 839 BGB – sofern er verbeamteter Chefarzt ist, s.o.).

a) Als Bestattungskosten für die Beerdigung von Moritz Emil Gutmann ist ein Betrag in Höhe von insgesamt € 2.547,00 angefallen, den die Klägerin und ihr Ehemann gezahlt haben.

Beweis: Vorlage der Belege, **Anlage K 83**

b) Die Klägerin hat Kosten für die vorprozessuale Rechtsverfolgung aufwenden müssen. Die Beklagten haben erst nach Einschaltung eines Rechtsanwalts der Klägerin und ihrem Ehemann die Patientenakte herausgegeben. Dafür hat die Klägerin an Rechtsanwalt Dr. Z [REDACTED], € 1.094,80 gezahlt.

Beweis: Vorlage der Rechnung, **Anlage K 84**

c) Die Kosten für die reproduktionsmedizinischen Behandlungen (Einsetzen von kryokonservierten (d.h. eingefrorenen) Embryonen, die aus einem vorangegangenen IVF-Versuch stammen) sind zu erstatten. Diese Kosten wurden von der

Klägerin aufgewendet, um nach der Geburt ihres erstgeborenen Sohnes ein Geschwisterkind zu bekommen; sie beliefen sich auf eine Höhe von € 1.340,55 und wurden nicht von Sozialversicherungsträgern übernommen.

Beweis: Vorlage der Rechnungen, **Anlage K 85**

d) Die Kosten für vergebliche Aufwendungen, die für den Zeitpunkt nach Geburt des Kindes bestimmt waren und jetzt nutzlos sind, sind ebenfalls zu erstatten. Für Kinderwagen, Kinderbettchen, Kinderzimmerschrank, Babyfon hat die Klägerin insgesamt € 1.365,10 aufgewendet.

Beweis: Vorlage der Belege, **Anlage 86**

Aus den Belegen ergeben sich die nachgewiesenen Kosten für das Kinderbettchen (€ 259,95), das Nestchen (€ 49,95), den Kinderwagen (€ 685,70), Babyfon (€ 70,00) und den Kleiderschrank (€ 299,50), so dass die Addition dieser Beträge € 1.365,10 ergibt.

Die Klägerin und ihr Ehemann haben sich unvorstellbar auf ihren Sohn gefreut und hatten ihm ein schönes Kinderzimmer eingerichtet. Sie hatten viel Freude daran, ihrem geliebten Sohn ein schönes Zuhause mit bunten Farben und Dingen zum Entdecken und Spielen zu bieten. Da sie nicht im Entferntesten damit rechneten, dass ihnen ihr Sohn durch grobe Behandlungsfehler der Ärzte entrissen wird, bevor sie ihn auch nur einmal lebend in den Armen halten konnten, haben sie Rechnungen für viele Anschaffungen für Moritz Emil (die z.B. keine Garantie haben) nicht aufbewahrt. Auf die Geltendmachung dieser Kosten im Wege einer Schätzung nach § 287 ZPO verzichtet die Klägerin.

Die Addition der Einzelbeträge von a) bis d) ergibt die Klagesumme des Klageantrages zu Ziffer III. mit € 6.347,45. Dieser Betrag ist gemäß §§ 291, 288 Abs. 1 S. 2 BGB ab Rechtshängigkeit mit 5% über Basiszinssatz zu verzinsen.

IV. Schmerzensgeld – Klageantrag zu Ziffer IV:

Vorbemerkung:

Der Beklagte zu 1) und der Beklagte zu 2) sind zum Ersatz allen Schadens verpflichtet, der aus dem vorliegenden Ereignis entsteht, selbst wenn der Schädiger auf dessen Ausmaß keinen Einfluss hat. Auch seelisch bedingte Folgeschäden sind daher dem Schädiger haftungsrechtlich zuzurechnen. Im vorliegenden Fall sollen die Schmerzensgeldansprüche einen angemessenen Ausgleich (Ausgleichsfunktion) schaffen, aber wesentlich mehr noch, der Genugtuung der Klägerin dienen. Schmerzensgeld soll dem Gedanken Rechnung tragen, dass der Schädiger dem Geschädigten für das, was er ihm angetan hat, Genugtuung schuldet (BGH, BGHZ 18, 146).

Die Klägerin macht Schmerzensgeld für folgende Beeinträchtigungen geltend:

Durch den Tod ihres Sohnes leidet die Klägerin massiv und dauerhaft an physischen und psychischen Belastungen. Dabei macht die Klägerin weniger die aus der grob fehlerhaften Behandlung resultierenden Schmerzen aufgrund des erlittenen Wehensturms und des vielleicht bei normalem, abwartendem Geburtsverhalten nicht erforderlichen Kaiserschnitts geltend.

Vielmehr ist die Klägerin physisch und psychisch schwer beeinträchtigt. Sie war 7 Monate nach dem tragischen Ereignis nicht arbeitsfähig und ist derzeit weiterhin in psychotherapeutischer Behandlung. Die ärztlichen Besuche finden meist wöchentlich,

teilweise 2-wöchentlich statt. Sie leidet unter Depressionen, Hautkrankheiten (Hautausschlägen, Gürtelrose), Nachtschweiß, Schlaflosigkeit, Alpträumen, Angstzuständen (u.a., dass eine weitere Schwangerschaft ausbleibt).

Beweis:

- 1) Zeugnis des Herrn Dr. Hansjörg B [REDACTED]
- 2) Zeugnis des Herrn Dr. Jörg M [REDACTED]
- 3) Zeugnis von Herrn Prof. Dr. Dr. S [REDACTED] b.b.
- 4) Zeugnis von Herrn Priv-Doz. Dr. B [REDACTED]
- 5) Zeugnis der Frau Dr. Lucie H [REDACTED]
- 6) Zeugnis der Frau Dr. Jolanthe P [REDACTED]
- 7) Zeugnis des Herrn Dr. Sebastian von S [REDACTED]

- Für sämtliche der genannten Ärzte wird bei Ladung zum Verhandlungstermin eine bezogen auf die jeweilige Erkrankung, die dann konkret im einzelnen beschrieben werden wird, gesonderte Schweigepflichtentbindungserklärung eingereicht werden.

Die Klägerin ist in höchstem Maße traumatisiert. Nachts kommen ihr immer wieder die Augenblicke in den Sinn, in denen sie das Leiden ihres Sohnes im Mutterleib gespürt hat, ihm und ihr aber niemand geholfen hat. Damit einher gehen stets massive Schweißausbrüche. Die Schlafstörungen treten jede Nacht auf. Sie wacht – von wenigen Ausnahmen abgesehen – jede Nacht nach nur 3, maximal 4 Stunden Schlaf wieder auf und bleibt bis zum frühen Morgen wach. Dies zeigt auch physische Auswirkungen, tagsüber ist sie nur mit Mühe arbeits- und konzentrationsfähig. Das Leiden ist ihr anzusehen. Auch die Lebensfreude ist ihr komplett abhanden gekommen. Während sie früher ein offener und kontaktfreudiger Mensch war, zieht sie sich

zunehmend auch aus dem öffentlichen und sozialen Leben zurück. Der Freundeskreis der Klägerin ist seither erheblich geschrumpft.

Hinzu kommt erschwerend, dass Moritz Emil das erste, lang ersehnte Kind der Klägerin und ihres Ehemannes war – nach einer über 5 Jahre dauernden Kinderwunschzeit, die sich mit etlichen z.T. sehr belastenden Behandlungen und Befruchtungsversuchen durchzogen hat, in einem Alter der Klägerin von 41 Jahren.

Hierbei gilt zu beachten, dass durch die von den Beklagten zu vertretenden Behandlungsfehler der handelnden Ärzte und Hebammen ihr Glück **in zweifacher Hinsicht** jäh zunichte gemacht worden ist.

Zum einen das Glück, mit Moritz Emil, der sich über die 9 Monate im Mutterleib prächtig entwickelt hat – jeden Tag entwickelte er neue Fähigkeiten – das weitere Leben verbringen zu dürfen.

Und zum anderen das Glück, endlich eine „richtige“ Familie sein zu können. Dazu gehören für die Klägerin zwingend auch Kinder. Beides wurde durch die von den Beklagten zu vertretenden groben Behandlungsfehler der Ärzte und Hebammen am 3. und 4.11.2007 zunichte gemacht.

Die Klägerin weist im Zusammenhang damit noch einmal darauf hin, dass sie nach dem Überbringen der Todesnachricht in der Nacht vom 4.11.2007 durch den Oberarzt Dr. K■■■■ und den KreiBsaalarzt B■■■■ mit ihrem Schock, ihrer Verzweiflung, Trauer und unsäglichem Schmerz in der Nacht zum 4.11.2007 ab ca. 3.30 Uhr bis um ca. 11 Uhr **allein gelassen** worden ist. Dadurch sind nicht zuletzt sehr wahrscheinlich die Verarbeitungsprozesse, die unmittelbar nach einem solchen traumatischen Erlebnis einsetzen müssen, mit großer Wahrscheinlichkeit verzögert worden. Dieses hat nach Erkenntnissen in der Traumaforschung für den zukünftigen seelischen Zustand negative Auswirkungen.

Beweis: Sachverständigengutachten

Die Klägerin und ihr Ehemann haben nach dem Tod ihres geliebten Kindes die Kraft, die sie angesichts ihres Schicksalsschlages noch hatten, zusammen genommen, um den Tod ihres Sohnes aufzuklären. Diese Klage beschreibt das eindrücklich.

Den Rest ihrer Kraft haben sie gesammelt, um wenigstens den zweiten Traum, nämlich den von der Zukunft als Familie trotz des Todes ihres erstgeborenen Sohnes doch wahr werden zu lassen. Sie haben mit aller Kraft und mit allen Mitteln versucht, ein zweites Kind zu bekommen. Sie haben sich zwei ICSI-Behandlungen mit den damit verbundenen Schmerzen und Gesundheitsrisiken (sollte das Gericht hierzu eine genauere Stellungnahme wünschen, wird um einen gerichtlichen Hinweis gebeten) und mehreren Kryobehandlungen unterzogen. Bislang waren diese Bemühungen leider vergeblich.

Mit fortschreitender Zeit – die Klägerin ist nunmehr beinahe 43 Jahre alt – werden die Klägerin und ihrem Ehemann immer verzweifelter. Mit jedem Tag, mit dem die Gründung einer eigenen Familie mit (lebenden) Kindern in weitere Ferne rückt und irgendwann ganz ausgeschlossen ist, geht es den Eltern zunehmend schlechter. Sie haben keine Lebensfreude, schauen sehnsüchtig nach Kinderwagen und kleinen Kindern und ihnen wird ihre Leere zu nahezu jeder Minute schmerzlichst bewusst. Sie ziehen sich zurück, ertragen das „normale“ Leben ihrer Freunde, die zum großen Teil Kinder haben, nicht mehr.

Wenn der Klägerin die Gedanken kommen, dass es denkbar ist, dass sie keine Kinder mehr bekommen werden, dass die so schöne Schwangerschaft mit Emil die einzige Erinnerung an ihren großen

Traum von einer Familie sein und bleiben soll, dann sieht sie für ihr Leben keinen Sinn mehr.

Beweis: 1) Zeugnis des Arztes für Psychiatrie, Dr. Hansjörg B■■■■, b.b.
2) Sachverständigengutachten

Die Klägerin leidet ferner unter Depressionen und einem posttraumatischen Belastungssyndrom, das sich u.a. in der oben angeführten Schlaflosigkeit und Lebensmüdigkeit äußert. Ihr Leiden und ihre Schlaflosigkeit kann derzeit auch nicht medikamentös behandelt und gelindert werden. Der sie behandelnde Arzt für Psychotherapie und Psychiatrie lehnt angesichts des weiterhin bestehenden dringenden Kinderwunsches eine medikamentöse Einstellung der Klägerin aus medizinischer Indikation zunächst ab.

Auf lange Sicht gesehen sieht er die psychische Belastung angesichts des Todes ihres erstgeborenen Sohnes als für die Klägerin äußerst bedrohlich an, sollte ihr Kinderwunsch nicht mehr in Erfüllung gehen, so dass auch seiner Ansicht nach der gesamte Fokus zunächst auf die Erfüllung des Kinderwunsches zu richten ist.

Beweis: 1) Zeugnis Arzt für Psychiatrie, Dr. Hansjörg B■■■■, b.b.
2) Sachverständigengutachten

Es ist bei der Schmerzensgeldbemessung zu berücksichtigen, dass die Klägerin, sollte sie keine eigenen Kinder mehr bekommen, ihr Leben lang darunter massiv leiden und sehr wahrscheinlich tatsächlich nicht damit zurecht kommen wird, dass ihr einziger Sohn, der bis zur Geburt vollkommen gesund war und der ihr ein Leben als Familie ermöglicht hätte, leichtfertig um sein Leben gebracht worden ist. Ausgehend von einer statistischen Lebenserwartung der Klägerin von noch mindestens 30 Jahren, muss auch für diese gesamte Zeit von einer Leidenszeit der Klägerin ausgegangen werden.

Sogar die Bewerbung um eine Adoption ist durch den von den Mitarbeitern der Beklagten zu 1) und 2) verursachten Tod des Sohnes der Klägerin gescheitert. Die Klägerin und ihr Ehemann hatten sich im Jahr 2006, ca. 5 Monate, bevor die Klägerin mit ihrem Sohn Moritz Emil schwanger geworden sind, um die Adoption eines Kindes bemüht. Die Gespräche mit dem Jugendamt waren kurz vor dem Abschluss, als die Klägerin erfuhr, dass sie schwanger ist. Dieses wurde der zuständigen Jugendamtsmitarbeiterin, Frau Willmann-Illgner, bei dem abschließenden obligatorischen Hausbesuch im Mai 2007 mitgeteilt. Frau W [REDACTED]-I [REDACTED] freute sich mit dem Ehepaar und stellte das Adoptionsverfahren ein.

Nach dem Tod des Sohnes der Klägerin und ihres Ehemannes suchten diese im Oktober 2008 erneut das Jugendamt auf, um über ihr Schicksal zu informieren und um wieder in das Bewerbungsverfahren zur Adoption eines Kindes aufgenommen zu werden. In den darauf folgenden Gesprächen mit Frau W [REDACTED]-I [REDACTED] teilte diese dem Ehepaar zwar vorsichtig, aber unmissverständlich mit, dass sie sich nur schwer vorstellen könne, ein Adoptivkind zu derart traumatisierten Eltern zu vermitteln.

Beweis: Zeugnis der Frau W [REDACTED]-I [REDACTED], zu laden über Stadt Frankfurt am Main, [REDACTED]
[REDACTED]

Die Klägerin legt Wert darauf festzustellen, dass keine noch so hohe Summe ausreichend wäre, um die Trauer und den tiefen Schmerz über den Verlust ihres Sohnes und die Verzweiflung über den Verlust des Lebens als Familie auszugleichen. Allein die Genugtuungsfunktion des Schmerzensgeldes bedeutet ihr etwas. Genugtuung gerade auch im Hinblick auf das menschenverachtende Verhalten derjenigen, die ihrem Sohn, ihrem Mann und ihr dieses Schicksal zugefügt haben. Dies gilt natürlich insbesondere für das Verhalten während der Geburt, aber gleichermaßen auch für das

Verhalten nach der Geburt hinsichtlich der Vertuschungs- und Leugnungsversuche.

Eine signifikante und spürbare Erhöhung des Schmerzensgeldes muss es insbesondere aufgrund der Grobheit und Vermeidbarkeit der festgestellten Behandlungsfehler, die auf die Durchsetzung einer Ideologie, ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Vorgänge, ohne Berücksichtigung des Schutzes des ungeborenen Lebens, hinweisen, geben. Die Klägerin und ihr Ehemann sind davon überzeugt, dass ihr Sohn sterben musste, weil der Beklagte zu 1) (und die ihm unterstellten Mitarbeiter in Ausübung der ihnen gegenüber erteilten Weisungen) und der Beklagte zu 2) eine weitere Zahl in der Statistik der durchgeführten Kaiserschnitte vermeiden wollten und deswegen zu lange mit der Kaiserschnittentbindung gewartet haben. Der gesamte hier in der Klage vorgetragene Sachverhalt spricht insofern eine deutliche Sprache. Der Sohn der Klägerin und ihres Ehemannes war das „Bauernopfer“ dieser Ideologie.

Aber auch das Verhalten nach der Tragödie muss zu einer Erhöhung des Schmerzensgeldes führen. Das in der vorliegenden Klage umfänglich beschriebene, unfassbare Verhalten der für die Geburt verantwortlichen Personen, insbesondere des Beklagten zu 1), seine Leugnung jeglicher Verantwortung, die Vertuschungsversuche und die Verbreitung von Unwahrheiten muss nach Ansicht der Klägerin zu einer signifikanten, spürbaren Erhöhung des Schmerzensgeldes führen.

In diesem Zusammenhang ist bereits jetzt darauf hinzuweisen, dass es in der Rechtsprechung anerkannt ist, bei Hinauszögern der Regulierung und bei striktem Leugnen der Einstandspflicht das Schmerzensgeld zu erhöhen. Beispielsweise entschied das OLG Köln (OLGR 2003, 214) dass ein Schädiger, der seine Verantwortung über einen Zeitraum von 5 Jahren geleugnet hatte, wegen dieses Verhaltens ein deutlich höheres Schmerzensgeld zu

zahlen habe. Eine Erhöhung richtet sich nach dem Einzelfall, allerdings existieren Entscheidungen, die als Maß der Erhöhung von 25 bis 50% ausgehen (z.B. OLG Frankfurt, NJW 1999, 2447 f.: 50%; OLG Naumburg, SVR 2004, 315: 50%). Legt man das geschilderte Verhalten der beteiligten Ärzte, nicht nur während der Geburt, sondern auch das anschließende Verhalten zugrunde, muss eine erhebliche Erhöhung vorgenommen werden.

Nicht zuletzt ist auch bereits an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die wirtschaftlichen Verhältnisse, also die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Schädigers bei der Bemessung des Schmerzensgeldes zu berücksichtigen ist. Insbesondere ist das Bestehen einer Haftpflichtversicherung nach Rechtsprechung des BGH dabei zu würdigen (BGHZ 18, 149). Von einem entsprechenden Versicherungsschutz ist vorliegend unzweifelhaft auszugehen.

Vorbehaltlich der Einschätzung des Gerichts wird es angesichts der massiven Beeinträchtigung der Klägerin und den übrigen angeführten Punkten vorliegend als angemessen angesehen, ihr für die an ihr begangene Gesundheitsschädigung einen Schmerzensgeldanspruch in Höhe von mindestens 35.000,00 Euro zuzusprechen. Auch dieser Betrag ist ab Rechtshängigkeit mit 5% über Basiszinssatz zu verzinsen, §§ 291, 288 Abs. 1 S. 2 BGB.

Die haftungsbegründende Kausalität, die Kausalität von der Handlung des Schädigers bis zur Rechtsgutsverletzung beim Geschädigten ist gegeben. Die (groben) Behandlungsfehler, die Verstöße gegen die fachärztlichen Standards sind adäquat kausal zu der Körperverletzung der Klägerin. Die Körperverletzung der Klägerin wiederum ist adäquat kausal zu den daraus entstandenen Schäden, womit auch die haftungsausfüllende Kausalität gegeben ist.

Dies gilt insbesondere für die psychischen Beschädigungen der Gesundheit der Klägerin und das Schmerzensgeld für die an ihr begangenen Behandlungsfehler mit der Todesfolge für ihr Kind.

Sofern – wider Erwarten – tatsächlich die Ursächlichkeit insbesondere der psychischen Folgen durch die Beklagtenseite bestritten werden sollte, wird vorsorglich **Beweis** angeboten durch:

Einholung eines medizinisch-psychologischen
Sachverständigengutachtens.

Der Beklagte zu 1) und zu 2) sind bei der Anmeldung zur Geburt am 25.09.2007 darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Klägerin und ihr Ehemann seit über 5 Jahren (vor der Geburt ihres Sohnes) – mittlerweile seit 7 Jahren - Kinderwunsch hatten. Der Beklagten zu 2) war der Kinderwunsch auch deswegen mehr als bekannt, weil sich die Klägerin in den Jahren 2005 und 2006 etlichen Untersuchungen und reproduktionsmedizinischen Versuchen bei der Beklagten zu 2), in Person von Dr. K■■■■, der die Geburtsleitung hatte (!) unterzogen hatte.

Der Beklagte zu 2) und der Vertreter des Beklagten zu 1), Oberarzt Dr. K■■■■ waren die Reproduktionsversuche und der seit langem gehegte Kinderwunsch bekannt. Auch der Beklagte zu 1) selbst wurde von der Klägerin darüber informiert. Daher hätten sie zumindest ein Mindestmaß an Sorgfalt an den Tag legen müssen, damit das bis zur Geburt gesunde Kind der Klägerin auf die Welt kommt. Aus diesem Grund muss das Schmerzensgeld für die Klägerin deutlich über dem Regelsatz liegen und für den Beklagten zu 1) und die Beklagte zu 2) empfindlich und spürbar sein.

V. Schmerzensgeld – Klageantrag zu Ziffer V:

Die Klägerin macht als Rechtsnachfolgerin und zur Hälfte aus abgetretenem Recht ihres Ehemannes Schmerzensgeldansprüche für ihren Sohn Emil geltend:

Moritz Emil Gutmann musste die gesamte Dauer seines kurzen Lebens unvorstellbar leiden, wenngleich die längere Leidenszeit die Zeit im Mutterleib war, als er trotz massivem Sauerstoffmangel nicht geholt wurde. Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes sind nach Rechtsprechung des Großen Zivilsenats des BGH folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- die Schwere des Körperschadens und das durch diesen bedingte Leiden; das Alter; dessen Dauer; das Ausmaß der Wahrnehmung der Beeinträchtigung durch den Verletzten aber auch
- der Grad des Verschuldens des Schädigers.

Da das Neugeborene an seinem durch die Mitarbeiter der Beklagten verursachten Körperschadens innerhalb 1 Stunde und 5 Minuten gestorben ist, ist der Körperschaden per se als sehr schwer zu bewerten (vgl. dazu BGH VersR 1998, 1034).

Die Klägerin und ihr Ehemann hörten einmal kurz ein Schreien/vielmehr aber Stöhnen ihres Sohnes, als er nach 10-minütiger Behandlung durch den Kinderarzt auf die Kinderintensivstation verbracht wurde. Als er beatmet werden sollte, wurde ihm dazu ohne Betäubung (!) ein Tubus gelegt. Dagegen wehrte er sich heftig, wie es der Kinderarzt der Kinderintensivstation, B■■■■, in seiner Epikrise beschreibt.

Beweis: Epikrise des Kinderarztes B■■■■, Anlage K 56

Dies zeigt sehr deutlich, welche Schmerzen ihm dabei zugefügt worden sind.

Auch wenn die Leidenszeit des Sohnes der Klägerin mit 1 Stunde und 5 Minuten verhältnismäßig kurz war und in Fällen mit Todesfolgen meist nur ein geringes Schmerzensgeld zugesprochen wird, empfinden die Klägerin und ihr Ehemann die Zeit des Todeskampf für ein Neugeborenes als sehr lange. Auch an dieser Vorstellung (einstündiger Todeskampf ihres Sohnes) leiden sie sehr, wenngleich dies nach derzeitiger Rechtsprechung (für die Klägerin äußerst unverständlich) nur gering gewürdigt wird. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass das Kind, das gerade in eine für es neue Welt geboren wurde und nicht weiß, wie ihm geschieht, einen solchen Kampf durchleiden muss. Moritz Emil war völlig allein gelassen in einer völlig neuen Welt, neuen Umgebung, ohne die allein ihm vertrauten Stimmen der Eltern, im sterilen Operationssaal. Er konnte nicht atmen und musste starke, unbekannte und unerahnte Schmerzen empfinden. Es ist ferner zu würdigen, dass er seine Eltern weder sehen, hören oder spüren konnte, sie niemals gesehen und gespürt hat. Er musste sich in einer für ihn völlig fremden Umgebung/Welt in seinem Todeskampf völlig allein gelassen fühlen von den einzigen Menschen, die er durch seine Entwicklungszeit im Bauch seiner Mutter kannte.

Jedenfalls auch zu berücksichtigen ist nach BGH-Rechtsprechung das Alter des Sohnes der Klägerin und das Ausmaß des Verschuldens der Schädiger.

Der Sohn der Klägerin hatte sein ganzes Leben vor sich. Es verstarb kein älterer Menschen, der im Wesentlichen sein Leben gelebt hat. Er hatte sich über die 9 Monate im Mutterleib zu einem gesunden und kräftigen Jungen entwickelt. Jeden Tag kam ein neuer Entwicklungsschritt hinzu. Alles war darauf angelegt, dass er sein Leben zusammen mit seinen Eltern beginnen kann.

Das Verschulden des Schädigers ist als hoch anzusehen. Der Tod des Sohnes der Klägerin wäre ohne weiteres vermeidbar gewesen, wenn sich die verantwortlichen Ärzte an die fachärztlichen Standards auch nur ansatzweise gehalten hätten (im Hinblick darauf wird auf die ausführlichen obigen Ausführungen verwiesen). Er starb aufgrund einer Ideologie des Beklagten zu 1), der die Kaiserschnittrate an seiner Klinik massiv senken wollte. Seine Mitarbeiter hatte er entsprechend angewiesen. Die Beteiligten haben die im vorliegenden Fall gebotene und erforderliche Sorgfalt in ungewöhnlich hohem Maß verletzt.

Die Klägerin und ihr Ehemann halten angesichts der beschriebenen Leiden ihres neugeborenen Kindes und der bereits bei der Klägerin ausgeführten Kriterien der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und des bisherigen Verhaltens der Schädiger ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 15.000,00 EURO für angemessen.

VI. Schmerzensgeld – Klageantrag zu Ziffer VI:

Die Klägerin macht Schmerzensgeldansprüche ihres Ehemannes aus abgetretenem Recht wie folgt geltend:

Dem Ehemann der Klägerin steht ein Schockschadensersatz zu. Auf die Abtretungserklärung wird Bezug genommen und deren Inhalt zum klägerischen Vortrag gemacht (**Anlage K 0**). Durch den Tod seines Sohnes, der infolge der Behandlungsfehler der verantwortlichen Ärzte und Hebammen, begangen an der Mutter des Kindes, gestorben ist, ist der Ehemann der Klägerin in einen schweren psychischen Schockzustand verfallen. Er hat zunächst das Leiden seiner Ehefrau und seines Sohnes im Mutterleib unmittelbar mitbekommen und konnte die Untätigkeit der Ärzte nicht nachvollziehen, musste sich aber auf deren medizinische Fachkenntnis verlassen. Er war bei der Durchführung des Kaiserschnitts im Kreissaal und musste die unwirklich erscheinende

Stille danach miterleben. Auch er konnte seinen Sohn nie lebend in den Armen halten. Er hat die gesamten Umstände die zum Tod seines Sohnes geführt haben unmittelbar miterlebt und kann diese Erlebnisse bis heute nicht verarbeiten. Das Leben des Ehemannes der Klägerin ist nach dem Tod seines Sohnes völlig aus den Fugen geraten. Er war über 5 Monate ernsthaft arbeitsunfähig erkrankt und befand sich bis heute immer wieder in psychiatrischer Behandlung. Die Häufigkeit der Behandlungen wechselt, beläuft sich im Durchschnitt auf etwa einmal 14-tägig.

Beweis: 1) Zeugnis des Herrn Dr. Jörg M■■■■, b.b.
2) Zeugnis des Herrn Dr. Hansjörg B■■■■, b.b.

Bis heute leidet er unter Depressionen, die zum völligen Verlust der Lebensfreude führen. Es wird auf die diesbezüglichen obigen Darlegungen bei der Klägerin verwiesen, die auf den Ehemann genauso zutreffen.

Beweis: 1) Zeugnis des Herrn Dr. Hansjörg B■■■■, b.b.
2) Sachverständigengutachten

Die Entbindung von der Schweigepflicht wird bei der Ladung der benannten Zeugen zum Verhandlungstermin vorgelegt werden.

Sofern auch hier tatsächlich die Ursächlichkeit insbesondere der psychischen Folgen aufgrund der Geburt und des Todes seines Sohnes durch die Beklagtenseite bestritten werden sollte, wird vorsorglich **Beweis** angeboten durch:

Einholung eines medizinisch-psychologischen
Sachverständigengutachtens.

Die nach BGH-Rechtsprechung geforderte Nähe zum Opfer, das betrauert wird, liegt offensichtlich vor. Auch ist der Anlass für den Schock, der Tod des lange ersehnten und erst mit Hilfe der Reproduktionsmedizin erwarteten ersten Kindes mehr als

verständlich und geeignet, „bei einem durchschnittlich Empfindenden eine entsprechende Schockreaktion auszulösen“. Nach der Rechtsprechung des BGH bei einem tödlichen Ausgang einer ärztlichen Behandlung ist dies regelmäßig der Fall (BGH VersR 1986, 448) und muss umso mehr bei dem Tod des ersten, unter äußerst schwierigen Umständen erwarteten Kindes, das bis zum Geburtsbeginn vollkommen gesund war, im Anschluss an die Geburt angenommen werden. Die gesundheitlichen Folgen liegen nach Art und Schwere weit über dem, was an Beschwerden bei einem solchen Erlebnis auftritt. Dies steht im Zusammenhang damit, dass es mit dem problemlosen Verlauf der Schwangerschaft auch für den Ehemann endlich unmittelbar bevor stand, ein eigenes Kind zu haben und dieser Traum kurz vor seiner Verwirklichung jäh zerstört wurde. Auch für ihn war es sein erstes Kind.

Das Schmerzensgeld wird in das Ermessen des Gerichts gestellt, wobei die Klägerin als Vertreterin ihres Ehemannes einen Betrag in Höhe von mindestens 15.000,00 EURO als angemessen ansieht. Auch hier gelten die oben bei der Klägerin angeführten Kriterien hinsichtlich der Bemessung des Schmerzensgeldes.

Auch der Ehemann der Klägerin möchte klar stellen, dass er keinen noch so hohen Betrag als ausreichend ansieht, seine Trauer und den Schmerz über den Verlust seines Sohnes auszugleichen.

VII. Feststellung – Klageantrag zu Ziffer VII:

Die Klägerin begehrt im Wege der Feststellungsklage mit dem Klageantrag zu VII. die Verpflichtung gegenüber den Beklagten, ihr auch für die Zukunft sämtlichen materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen.

Das hierfür erforderliche Feststellungsinteresse der Klägerin ist bereits durch die bis heute andauernden Verletzungsfolgen und die

damit zusammenhängenden ärztlichen Behandlungen gegeben. Daher ist es noch nicht abzusehen, ob der Schaden derzeit ausreichend bemessen ist. Mit Dauerfolgen muss gerechnet werden, was sich aus den bisherigen Schilderungen ergibt. Eine nicht abgeschlossene und unüberschaubare Schadenentwicklung reicht für das Feststellungsinteresse aus (BGH, NJW 04, 1243).

Angesichts des oben beschriebenen äußerst unsicheren Verlaufs des physischen und psychischen Gesundheitszustands der Klägerin (der unter Umständen auch davon abhängig ist, ob für sie der Traum von einer eigenen Familie noch wahr wird) ist es notwendig, auch für die Zukunft evtl. materielle oder immaterielle Schäden, die bei der Klägerin auftreten können, mit der Klage zu umfassen.

VIII. Sachverständigengutachten:

Es wird davon ausgegangen, dass das Gericht ein medizinisches Sachverständigengutachten über den Geburtsverlauf und die aufgeworfenen Fragen einholen wird.

Die Klägerin möchte in diesem Zusammenhang höflich darum bitten, besondere Sorgfalt bei der Auswahl des Sachverständigen walten zu lassen. Der Beklagte zu 1) ist **deutschlandweit** im Bereich der Geburtshilfe bekannt. Er wird als einer der führenden Pränatalmediziner bezeichnet. Er wird regelmäßig in der Presse zitiert und tritt im Fernsehen auf (Bsp. heute-journal vom 1.12.2008). Der Beklagte zu 1) bewirbt sich um einen Sitz bei der Wahl zur Landesärztekammer Hessen. Die Klägerin muss befürchten, dass die Neutralität eines Gutachtens beeinträchtigt ist, wenn es von einem Sachverständigen erstellt wird, der – an welcher Stelle auch immer – mit dem Beklagten zu 1) zusammengearbeitet hat oder an einer der zahlreichen Veranstaltungen, die im Bereich Geburtshilfe stattfinden, mit dem Beklagten zu 1) zusammengewirkt hat. Die Klägerin und ihr Ehemann machten im Vorfeld Erfahrungen

dahingehend, dass bei einer Voranfrage, in der der Name des Beklagten zu 1) als Leiter des Universitätsklinikums Frankfurt erwähnt wurde, nicht einmal eine Antwort zurück kam (kann im Verhandlungstermin vorgelegt werden). Deshalb wird bereits an dieser Stelle darum gebeten, einen zu bestellenden Sachverständigen intensiv auf seine Neutralität zu überprüfen und ihn zu befragen, ob bzw. inwieweit er persönliche oder fachliche Kontakte zu dem Beklagten zu 1) unterhält.

Abschließend wird - aus Sicht der Klägerin - noch einmal zusammengefasst, zu welchen Fragen /Aspekten der zu bestellende Gutachter ihrer Ansicht nach Stellung nehmen müsste:

Unter Beachtung der mütterlichen (Risiko)Faktoren: Mutter 41 Jahre, 41. SSW (40 plus 4) Erstgebärende, Zustand nach ICSI:

Eröffnungsperiode 2 ½ Stunden, Muttermund um 17.45 vollständig

- Einleitung der Geburt nach Ablauf von 4 Tagen ohne medizinische Indikation, Kopf des Kindes noch nicht im Becken, keine Aufklärung über Risiken, ohne fachärztliche Untersuchung, durch eine Hebamme, ohne Darlegung einer Alternative (abwarten) bei unreifer Cervix, dazu noch ambulant
- Keine Dokumentation der Einleitung und der Untersuchungsergebnisse
- Das der Klägerin zugefügte Medikament ist in seiner Dosierung nicht dokumentiert, es kann aber nur eine Dosierung von 1ml oder 2ml gehabt haben (Minprostin Vaginalgel). War es angesichts der unreifen Zervix (unter 4) nicht zu hoch dosiert?
- Wehensturm als Folge der Einleitung (nach ca. 5 Stunden) – welche Behandlung und welche Überwachung der Geburt ist angezeigt?
- Pathologisches CTG bereits bei Ankunft in der Klinik um 17.10 Uhr (im Übrigen, warum erste Aufzeichnung erst um 17.38 Uhr)?
- Fehlende Befunderhebung mit CTG-Score

- Wie hätten der Wehensturm und die hyperfrequenten Wehen, die zu Hause über Stunden hinweg aufgetreten ist, die aber nicht kontrolliert wurden, bei Ankunft in der Klinik und später bei der Beurteilung der Kompensationsreserven des Fetus Berücksichtigung finden müssen?
- Sprengung der Fruchtblase um 17.45 Uhr trotz des vorhandenen Wehensturms, dessen Auswirkungen auf den Fetus dadurch noch verstärkt wurden und des Legens einer KSE erst um 22 Uhr
- Legen einer PDA trotz geöffneten Muttermunds (17.45 Uhr), Wehensturms und pathologischen CTGs
- Über 6-stündiges Abwarten nach vollständiger Eröffnung des Muttermundes ohne jeglichen Geburtsfortschritt (Höhenstand des Kopfes laut Partogramm zu Beginn der Geburt bei -2 und bei Entscheidung zum Kaiserschnitt bei -2) trotz mehrfach hoch pathologischen CTGs, biphasische ST, und weiterhin hyperfrequenten Wehen (mit Ausnahme der wenigen Phasen, in denen ein wehenhemmendes Mittel gegeben wurde) – ohne Versuch, durch Lagerungswechsel das Kind zum Eintritt in den Geburtskanal zu veranlassen. Hätte nicht viel früher gehandelt werden müssen (Lagerungswechsel, wenn nicht erfolgreich, dann Kaiserschnitt)?
- bei deutlicher Unwirksamkeit der hohen Partusistendosis ab 22 Uhr (Wehensturm persistierte) - hätte nicht sofort ein Notkaiserschnitt erfolgen müssen?
- Pathologische Wehentätigkeit: Lag eine Wehenstörung, z.B. hypertone hyperaktive Wehentätigkeit (aufgrund Prostaglandinüberdosierung) und/oder ein erhöhter Basaltonus vor, auf die jederzeit angemessen reagiert worden ist? Alternativ: Konnte man die Wehen angesichts der fehlenden Normierung/Skalierung des CTG Gerätes/Wehenschreibers überhaupt beurteilen (Befunderhebungsproblem)?
- Erstmalige MBU um 23 Uhr – hätte nicht früher eine MBU gemacht werden müssen?

- Hätte MBU mit dem grenzwertigen Wert von 7,27 um 23 Uhr trotz fortbestehenden hochpathologischen CTGs **und** langandauerndem fehlenden Geburtsfortschritt (über 6 Stunden in der Austreibungsphase) nicht nach wenigen Minuten, spätestens aber nach 30 Minuten wiederholt werden müssen?
- Hätte MBU nicht jedenfalls bei der Entscheidung zur Geburtsbeendigung wiederholt werden müssen, um zu entscheiden, ob es ein zügiger, eiliger oder Notkaiserschnitt hätte sein müssen
- Fehlende kontinuierliche Überwachung des Geburtsfortschritts und des pathologischen CTGs durch den Gynäkologen – Nichterscheinen trotz dringenden Rufes durch die Klägerin
- Ist nach der Indikationsstellung zum Kaiserschnitt (drohende fetale Asphyxie (die auf eine durchlittene Hypoxie folgt) nicht dazu angetan, einen Notkaiserschnitt zu machen?
- Ist die Dauer ab Entscheidung zum Kaiserschnitt bis zur Entwicklung des Kindes von 40 Minuten (Entsch: 23.30 Uhr; Entwickl. 00.10 Uhr) (trotz Angabe, dass der Kaiserschnitt eilig, nach den Angaben zur Indikation des Kaiserschnitts (drohende Asphyxie) sogar notfallmäßig war) und trotz persistierendem pathologischem CTG nicht viel zu lang?

Sofern der angegebene Nabelschnur pH-Wert nachweislich von Moritz Emil Gutmann stammt: Metabolische Azidose bei einem arteriellen pH Nabelschnurwert von 7,123 und einem Bicarbonat-Wert von 18,3.

Sofern es nach Auffassung des Gerichts darauf ankommt:

Überprüfung des angegebenen arteriellen Nabelschnur-PH-Wertes (von 00.10 Uhr) dahingehend, ob dieser Wert angesichts des 1-Minute-Apgar-Wertes von 1 um 00,11 Uhr, des venösen PH-Wertes von 6,91 und des Basen-Exzess-Wertes von -23 mmo/l um 00.22 Uhr realistisch sein kann.

Die Gerichtskosten sind entrichtet.

Rechtsanwalt