



Landgericht Berlin

Im Namen des Volkes

Grundurteil

Geschäftsnummer: 36 O 7/14

verkündet am : 27.09.2016
XXXX
Justizbeschäftigte

In dem Rechtsstreit

der XXXX

der XXXX

XXXX

- Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte XXXX,-

Klägerinnen,

g e g e n

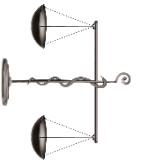
Land Berlin,
vertreten d.d. Senatsverwaltung für Finanzen, als
Trägerin des Rettungsdienstes Berlin,
d. vertreten d.d. Finanzsenator Matthias Kollatz-
Ahnen,
Klosterstraße 59, 10179 Berlin,

Beklagte,

- Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte XXXX,-

hat die Zivilkammer 36 des Landgerichts Berlin in Berlin - Charlottenburg, Tegeler Weg 17-21, 10589 Berlin, auf die mündliche Verhandlung vom 28.06.2016 durch die Vorsitzende Richterin am Landgericht Wxxxx, den Richter am Amtsgericht Dr. Mxxxxx und die Richterin am Landgericht Kxxxxx

Zur Verfügung gestellt von



Guido C. Bischof
RECHTSANWALT
Fachanwalt für Medizinrecht

www.Anwalt-Bischof.de
www.NotSan-Anwalt.de

f ü r R e c h t e r k a n n t :

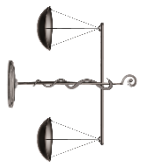
Den Klägerinnen zu 1) und 2) steht gegen den Beklagten dem Grunde nach ein Anspruch auf Ersatz des Schadens zu, der ihnen aufgrund des fehlerhaften rettungsdienstlichen Einsatzes bei ihrem Versicherten Sandor XXXX in der Nacht vom 4./ 5. Oktober 2007 entstanden ist.

Tatbestand

Die Klägerinnen machen gegenüber dem Beklagten Ansprüche wegen fehlerhafter Behandlung ihres Versicherten Sandor XXXX im Rahmen eines rettungsdienstlichen Einsatzes aus übergegangenem Recht geltend.

Die Klägerinnen waren die gesetzliche Kranken- und Pflegekasse des ehemaligen Versicherten Sandor XXXX (folgend: Patient), geboren am 4. Januar 1977, verstorben am 7. Oktober 2011. Der Patient erlitt in der Nacht vom 4./ 5. Oktober 2007 einen Asthmaanfall. Der anwesende Freund, der Zeuge Benjamin XXXX, veranlasste einen telefonischen Notruf. Der Alarm erreichte die Feuerwache, die in einer Entfernung zur Wohnung des Patienten von 3,74 km liegt. Nach dem Telefonat erbrach sich der Patient und wurde bewusstlos, wobei der genaue Zeitpunkt streitig ist. Als Alarmierungsschloßwort befindet sich in dem Erfassungsbogen PiN (Patient in Notsituation). Als Hauptbeschwerden sind "Atembeschwerden, Asthmapatient", als Alarmierungszeitpunkt ist 2.30 Uhr eingetragen, als Eintreffzeitpunkt 2.40 Uhr angegeben. Zuerst traf ein RTW ein. Anschließend wurde ein Notarzt alarmiert, Alarmierungszeit: 2.43 Uhr. Die mit dem NAW eingetroffene Notärztin behandelte den Patienten nach Ankunft, u.a. intubierte sie den Patienten. Sie reanimierte den Patienten über einen Zeitraum von 15 Minuten und führte eine Sauerstoffsättigung von 98% herbei, wobei zwischen den Parteien streitig ist, wann dies erfolgt ist. Der Patient wurde in das Unfallkrankenhaus Berlin verbracht, wo er gegen 4.13 Uhr oder 4.18 Uhr in einem zyanotischen Zustand mit einer Herzfrequenz von 30 ankam. Die Beatmung über einen Ventilator war faktisch nicht möglich, es war kein peripherer Puls tastbar und der Patient wies lichtstarre Pupillen auf. Um 4.18 Uhr erfolgte eine erste Blutentnahme, die erste Blutgasanalyse wurde um 4.21 Uhr dokumentiert. Der herbeigerufene Anästhesist reanimierte den Patienten erneut, die Beatmung erfolgte manuell. Es wurden Essensreste abgesaugt. Über einen Tubus wurde Adrenalin zugeführt und nach ca. 5 bis 10 minütiger mechanischer Reanimation erreichte der Patient eine

Zur Verfügung gestellt von



Guido C. Bischof
 RECHTSANWALT
 Fachanwalt für Medizinrecht

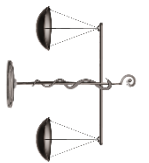
www.Anwalt-Bischof.de
 www.NotSan-Anwalt.de

stabile Hämodynamik. Die erste Blutgasanalyse wies einen pH-Wert von 6,736 auf. Im Rahmen einer im Krankenhaus durchgeführten Bronchoskopie fand sich vor allem im linken Hauptbronchus aspirierter Mageninhalt. Auch bei einer ärztlichen Visite gegen 7 Uhr am 5. Oktober 2007 wies der Patient noch lichtstarre Pupillen, eine massive Spastik sowie nunmehr ein leises Atemgeräusch auf. Ab dem 9. Oktober 2007 wurde mit einer parenteralen Ernährung des Patienten begonnen, es erfolgte die Anlage einer PEG-Sonde. Die Ärzte diagnostizierten ein apallisches Syndrom. Am 10. Oktober 2007 wurde dem Patienten ein Tracheostoma gelegt. Es kam zu rezidivierenden infektiologischen Komplikationen in Form von Harnwegsinfekten, Gastritis und Begleitpankreatitis. Eine am 18. Oktober 2007 durchgeführte Computertomographie des Kopfes ergab einen hypoxischen Hirnschaden sowie ein supratentorielles Hirnödem. Der Patient zeigte keine Reaktion mehr auf optische und akustische Reize sowie keine Schreckreaktionen. Am 19. Oktober 2007 erfolgte die stationäre Aufnahme in einem Pflegeheim, wo ein neurorehabilitatives Behandlungsprogramm eingeleitet wurde, welches aus Physio-, Ergotherapie sowie Logopädie und neuropsychologischer Therapie bestand. Bis zu seinem Tod am 7. Oktober 2011 war es dem Patienten nicht mehr möglich, zu kommunizieren, seine Empfindungen auszudrücken oder sich selbst zu versorgen. Er war ein Schwerstpflegefall, dem die Pflegestufe III zuerkannt wurde.

Die Mutter des Patienten, die als dessen Betreuerin eingesetzt war, meldete sich am 17. Mai 2010 telefonisch bei dem Serviceteam Behandlungsfehler der Klägerinnen und bat um Überprüfung, ob ein Behandlungsfehler vorliege. Einverständniserklärungen der Mutter des Patienten datieren vom 19. November 2007 und 20. Mai 2010.

Die Klägerinnen behaupten, der Patient sei fehlerhaft behandelt worden. Der Zeuge XXXX habe die vorliegende Situation geschildert (Luftnot/ Atemnot) und den Umstand, dass bei dem Patienten eine Asthmaerkrankung bestanden habe. Der Zeuge habe wegen der veränderten Lage nach dem Erbrechen und dem Eintritt der Bewusstlosigkeit einen erneuten Notruf veranlasst und hierbei auf die geänderte Situation hingewiesen. Zwischen den beiden Telefonaten habe ein Zeitraum von wenigen Minuten gelegen. Bei dem Eintreffen des RTW sei der Patient noch bei Bewusstsein gewesen. Im Schriftsatz vom 2. Juni 2014 stellen die Klägerinnen auf S. 6 (Bl. 54 d.A.) klar, dass der Patient erst nach Eintreffen der Ersthelfer bewusstlos geworden sei. Im Rahmen der Erstversorgung sei festgestellt worden, dass der Akku des Absauggerätes nicht funktioniert habe und die Sauerstoffflasche nicht aufgefüllt gewesen sei. Deshalb sei zunächst mit der manuellen Beatmung mittels Atemgeräts begonnen worden, bevor habe abgesaugt werden können.

Zur Verfügung gestellt von



Guido C. Bischof
RECHTSANWALT
Fachanwalt für Medizinrecht

www.Anwalt-Bischof.de
www.NotSan-Anwalt.de

Nachdem ein neuer Akku aus dem RTW beschafft worden sei, habe mit dem Absaugen begonnen werden können.

Es sei fehlerhaft gewesen, nur einen Rettungswagen ohne ärztlichen Beistand, insbesondere ohne die entsprechende apparatetechnische und medikamentöse Ausstattung zu entsenden. Bei einem Asthmaanfall sei eine begleitende Beatmungstherapie zusätzlich zu Medikamenten häufig unumgänglich. Es seien Behandlungsfehler, ein Organisationsfehler und auch ein Übernahmeverschulden anlässlich des Rettungseinsatzes gegeben. Es sei keinesfalls vertretbar gewesen, zunächst in eigener Verantwortung (des RTW) den Einsatzort aufzusuchen und erst nach einer Sichtung der Befundlage den NAW nachzufordern. Es sei initial erkennbar gewesen, dass die Kompetenz des RTW-Personals in der konkreten Auffindesituation überschritten gewesen sei. Aus diesem Grund stelle die Initialbehandlung in ihrer konkreten Ausprägung ein sog. Übernahmeverschulden dar. Die nicht adäquate Ausstattung der RTW mit Medikamenten zur Initialbehandlung von Asthmapatienten wie auch einem funktionstüchtigen Sauerstoffgerät und Absauggerät stelle eine apparatetechnische Sphäre dar, welche von den Organisationspflichten des Versorgungsträgers erfasst werden würden. Gegen diese Pflichten sei in eklatanter Weise verstoßen worden. Das Behandlungsmanagement nach Eintreffen der Rettungskräfte sei fehlerhaft erfolgt.

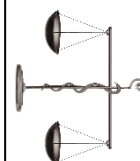
Die Klägerinnen halten die Behandlungsfehler für grob.

Infolge der fehlerhaften Behandlung sei es bei dem Patienten zu dem hypoxischen Hirnschaden gekommen. Bei den Klägerinnen seien Schäden von 204.747,36 EUR bzw. 82.998,82 EUR entstanden.

Der Regressabteilung der Klägerinnen sei bis zum Jahr 2010 unbekannt gewesen, dass ein Behandlungsfehler vorliegen könnte. Unter dem 20. Mai 2010 sei die Schweigepflichtsentbindungserklärung von der Betreuerin übersandt worden, welche am 25. Mai 2010 bei der Stabstelle Justitiariat Versicherungen eingegangen sei. Im Anschluss seien Kopien der Behandlungsunterlagen zusammengetragen und eine gutachterliche Stellungnahme vom 8. November 2010 veranlasst worden. Bei der Schweigepflichtsentbindungserklärung vom 19. November 2007 handele es sich um den Antrag auf Leistung nach der Pflegeversicherung.

Die Klägerinnen beantragen,

Zur Verfügung gestellt von



Guido C. Bischof
RECHTSANWALT
Fachanwalt für Medizinrecht

www.Anwalt-Bischof.de
www.NotSan-Anwalt.de

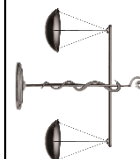
1. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin zu 1) aufgrund des fehlerhaften rettungsdienstlichen Einsatzes in der Nacht vom 04. auf den 05. 10.2007 und der hierbei verursachten Schädigung des versicherten Mitglieds Sandor XXXX den entstandenen Regressschaden in Höhe von 270.846,18 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.04.2012 zu zahlen;
2. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin zu 2) aufgrund des fehlerhaften rettungsdienstlichen Einsatzes in der Nacht vom 04. auf den 05. 10.2007 und der hierbei verursachten Schädigung des versicherten Mitglieds Sandor XXXX den entstandenen Regressschaden in Höhe von 82.998,82 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.04.2012 zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er erhebt die Einrede der Verjährung.

Die Behandlung des Patienten sei fachgerecht erfolgt. Bereits zum Zeitpunkt des Eintreffens des Rettungsdienstes habe sich der Patient übergeben gehabt. Demgemäß müsse davon ausgegangen werden, dass bereits zu diesem Zeitpunkt eine Aspiration stattgefunden gehabt habe. Dies sei jedenfalls nicht auszuschließen. Jedes der Rettungsfahrzeuge verfüge über mindestens zwei Sauerstoffflaschen. Es sei lediglich ein Notruf durch den Zeugen XXXX erfolgt, nämlich um 2.30 Uhr. Dabei habe der mittels standardisierten Notrufabfrageprotokolls ermittelte Code ergeben, dass es sich um Atembeschwerden bei einem Asthmapatienten gehandelt habe, es sei kein Asthmaanfall angegeben worden. Da eine Überprüfung der Notrufe im Jahr 2007 zum o.g. Code ergeben habe, dass lediglich in 8% der Fälle eine Nachalarmierung des Notarztes erforderlich gewesen sei, sei es fachgerecht gewesen, nicht von vornherein einen Notarzt auszusenden. Es werde zwischen Atembeschwerden und Atemnot unterschieden. Die Atemnot sei als Vitalfunktion zu werten und ziehe die Alarmierung des Notarztes nach sich. Bei Atembeschwerden verhalte es sich anders, bei diesen Beschwerden sei die Alarmierung des NAW nicht erforderlich.

Der RTW sei um 2.39 Uhr eingetroffen, um 2.44 Uhr sei der NAW nachalarmiert worden, der um 2.50 Uhr eingetroffen sei. Die Gabe eines Beta-Sympathikomimetikum als Dosieraerosol sei beim Status Asthmaticus wenig hilfreich und ggf. sogar kontraindiziert.



Die Absaugpumpe sei – wie vor jedem Dienstbeginn – auf ihre Funktionsfähigkeit überprüft worden, dann aber während des Einsatzes kaputtgegangen. Bei dem Patienten, der mit dem Rücken auf dem Fußboden der Wohnung gelegen habe, sei die Sekretentfernung durch Seitenlage des Kopfes und Auswischen des Mundes von Hand erfolgt. Dann sei der Guedeltubus eingeführt und der Patient mit dem Beatmungsbeutel und 100% Sauerstoff beatmet worden. Es habe keine Anzeichen gegeben, dass die Beatmung wirkungslos gewesen sein könnte. Die Übernahme durch die NAW-Besatzung sei um 2.51 Uhr erfolgt. Der Patient habe zu diesem Zeitpunkt einen messbaren Blutdruck und eine Herzfrequenz gehabt. Der Sauerstoff-Sättigungsabfall sei durch die Aspiration erklärbar gewesen. Der Patient sei sofort intubiert worden. Wenn der Patient hypoxisch sei, müsse auch ohne komplette Absaugung beatmet werden. Die Vorstellung, dass jeglicher Mageninhalt durch Absaugen entfernt werden könne, ohne dass es zu einer Aspiration komme, erscheine rein theoretisch. Zum damaligen Zeitpunkt sei ein besseres Monitoring der Beatmung aufgrund der technischen Ausstattung nicht möglich gewesen. Im NAW sei es zu einer Tachykardie gekommen, die mit 300 mg Cordarex behandelt worden sei. Die Ursache der Hypoxie bleibe unklar.

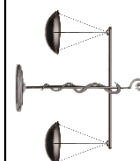
Ein Protokoll bezüglich der Übernahme einer vollständigen intakten medizinisch-technischen Ausrüstung, insbesondere der Absaugpumpe, sei nicht vorhanden, ein derartiges Verfahren sei im Oktober 2007 nicht etabliert gewesen. Auch der Mitschnitt des Notrufs liege nicht vor, da dieser innerhalb von 90 Tagen gelöscht werden müssten, sofern keine Beschwerden Nachfragen o..ä. vorliegen würden.

Der Beklagte bestreitet, dass sämtliche aufgeführten Kosten allein auf die behaupteten Versäumnisse zurückzuführen seien.

Wegen des weitergehenden Vortrags der Parteien wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. Kxxx nebst ergänzender Stellungnahme und Anhörung des Sachverständigen sowie durch Vernehmung der Zeugen XXXX, BXXX und XXXX. Wegen der Beweisthemen wird auf die Beweisbeschlüsse vom 8. Juli 2014 (Bl. 61-64 d.A.), 29. September 2014 (Bl. 75, 76 d.A.), 18. Juni 2015 (Bl. 118f d.A.) und 28. Juni 2016 (Bl. 173, 176 d.A.) Bezug genommen. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten vom 13. Januar 2015 sowie die ergänzende Stellungnahme vom 27. November 2015 und das Sitzungsprotokoll vom 28. Juni 2016 (Bl. 172-185 d.A.) verwiesen.

Zur Verfügung gestellt von



Guido C. Bischof
RECHTSANWALT
Fachanwalt für Medizinrecht

www.Anwalt-Bischof.de
www.NotSan-Anwalt.de

Entscheidungsgründe

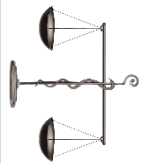
I. Es konnte gemäß § 304 Abs. 1 ZPO durch Grundurteil entschieden werden, da zwischen den Parteien sowohl der Grund als auch die Höhe der geltend gemachten Ansprüche streitig ist, die Sache hinsichtlich des Grundes entscheidungsreif, aber hinsichtlich der Höhe eine weitere Beweisaufnahme erforderlich ist.

II. Die Klage ist dem Grunde nach gerechtfertigt. Der Anspruch der Klägerinnen gegenüber dem Beklagten beruht jeweils auf § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG, § 116 SGBX. Der Mitarbeiter/ die Mitarbeiterin der Leitstelle hat fahrlässig die ihm/ ihr gegenüber dem Patienten obliegenden Amtspflichten verletzt, indem nicht unmittelbar nach Erhalt des Notrufes der Einsatz eines Notarztes/ einer Notärztin initiiert worden ist. Hierdurch ist dem Patienten nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme und unter Anwendung der Grundsätze eines groben Behandlungsfehlers ein kausaler Schaden entstanden.

1. Ansatz für eine Haftung der Beklagten ist § 839 BGB i.V.m. Art 34 GG, da die Berliner Feuerwehr den Rettungseinsatz beauftragt hat und die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Aufgabe sowohl im Ganzen als auch im Einzelfall der hoheitlichen Betätigung zuzurechnen ist (KG Urteil vom 19. Mai 2016 – 20 U 122/15 – zitiert nach juris).

Aufgabe der Notrettung ist es nach § 2 Abs. 2 S. 1 BlnRDG, das Leben oder die Gesundheit von Notfallpatienten zu erhalten, sie transportfähig zu machen und sie unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern. Maßgebend für die Frage der schuldhaften Verletzung einer bestehenden Amtspflicht im Bereich des Rettungsdienstes ist die Bewertung ex ante. Danach liegt eine Amtspflichtverletzung in Form der unterlassenen sofortigen Alarmierung des Notarztes zu Lasten des Patienten vor.

Die der Leitstelle obliegende Konkretisierung der Steuerung erschöpft sich nicht in einer bloßen Vermittlungsfunktion. Insbesondere in der Notfallrettung hat die Rettungsleitstelle vielmehr die Aufgabe, die zur Abwehr drohender Gefahren für Leib und Leben erforderlichen Anordnungen zu treffen (BGH Urteil vom 25. September 2007 -KZR 48/05 – Rn 14 – zitiert nach juris). Für die Entscheidung, ob die Alarmierung bzw. Nachalarmierung

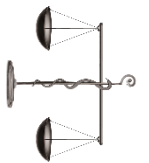


eines Notarztes erforderlich ist, wird in Deutschland überwiegend der Notarzt-Indikationskatalog der Bundesärztekammer angewendet, dieser entscheidet nach Patientenzustand und Einsatzsituation, ob eine Situation zu vermuten ist, die den Einsatz des Notarztes rechtfertigt (LG München Urteil vom 7. Mai 2014 – 15 O 17872/09 – Rn 73 - zitiert nach juris).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht unter Berücksichtigung der vorstehenden Grundsätze zur Überzeugung der Kammer fest, dass vorliegend nicht nur die Rettungssanitäter, sondern sofort zusätzlich auch ein Notarzt/ eine Notärztin zu dem Patienten hätte geschickt werden müssen. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten, in der ergänzenden Stellungnahme und in seiner Anhörung sehr klar gesagt, dass in der Situation, in der ein Asthmapatient unter Atemnot leidet und nicht mehr selbst den Notruf wählen kann, ein Notarzt geschickt werden muss. Der Sachverständige hat insoweit angegeben, dass als Alarmierungsschwort "Atemnot" und nicht "Patient in Notlage (PIN)" hätte gewählt werden müssen, was automatisch den Einsatz eines Notarztes nach sich gezogen hätte (vgl. S. 5 GA). Der ergänzenden Stellungnahme hat der Sachverständige zwar den Notarzt-Indikationskatalog für 2013 beigelegt, obwohl dieser im Zeitpunkt des streitgegenständlichen Einsatzes noch nicht gültig war. Maßgebend war im Jahr 2007 der Notarzt-Indikationskatalog 2001, sodass auch dieser für die Beurteilung einer Amtspflichtverletzung herangezogen werden muss. An der Beurteilung des Sachverständigen ändert dies jedoch nichts. Ausweislich des Notarzt-Indikationskatalogs 2001 ist der Notarzt bei Verdacht auf fehlende oder deutlich beeinträchtigte Vitalfunktionen einzusetzen. Unter der Rubrik "Atmung" ist als Zustand hierbei aufgeführt: "ausgeprägte oder zunehmende Atemnot" als Beispiel ist "Asthmaanfall, Lungenödem, Atemstillstand, Aspiration" aufgeführt. Ein derartiger Fall lag nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme vor.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass der Leitstelle jedenfalls folgende Informationen für die Entscheidung über die Art und Weise der notwendigen Rettung vorlagen: Atembeschwerden bei einem Asthmapatienten, der sich bei Bewusstsein befindet mit einer abnormen Atmung (Asthma). Ferner war bekannt, dass der Patient nicht selbst angerufen hat, sondern dass der Anrufer ein Freund war. Diese Punkte ergeben sich bereits aus den Unterlagen des Beklagten (Überschrift: "Alarm für") und geben jedenfalls im Zweifel einen Verdacht auf eine deutlich beeinträchtigte Vitalfunktion wieder. Soweit in dieser Unterlage der Code 6-C-1-A enthalten ist, ist diese Angabe nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme nicht zutreffend und kann für die Beurteilung deshalb nicht zugrunde gelegt werden. Dieser Code bedeutet nach dem

Zur Verfügung gestellt von



Guido C. Bischof
RECHTSANWALT
Fachanwalt für Medizinrecht

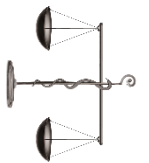
www.Anwalt-Bischof.de
www.NotSan-Anwalt.de

Vortrag des Beklagten, dass bei dem Anrufer nachgefragt wird, ob der Patient zwischen den Anfällen sprechen kann oder nicht und die Nachfrage ergeben hat, dass ersteres der Fall ist. Dass diese Nachfrage gestellt und entsprechend vom Zeugen XXXX positiv beantwortet wurde, steht nicht zur Überzeugung des Gerichts fest. Die Angabe des Codes allein genügt im vorliegenden Fall nicht. Hintergrund ist, dass der Zeuge XXXX angegeben hat, dass er den Patienten stehend mit einem Handy und einer eingegebenen Notrufnummer gefunden und dass dieser keinen Ton mehr richtig rausbekommen habe. Davon, dass er sich mit dem Patienten noch hat unterhalten können, hat der Zeuge XXXX nichts gesagt. Dies ist auch vor dem Hintergrund der Aussage, dass der Patient keinen Ton mehr richtig rausbekommen habe, verständlich. In dieser Situation wäre es aber nicht nachvollziehbar, dass der Zeuge XXXX gegenüber der Leitstelle auf die Nachfrage, ob der Patient zwischen den Anfällen sprechen könne, mit ja geantwortet haben soll. Nur in diesem Fall hätte dieser Code jedoch eingetragen werden dürfen. Dass die Angabe des Codes entgegen der vorstehenden Ausführungen doch zutreffend gewesen ist, hat der Beklagte nicht unter Beweis gestellt. Es ist durch die Dokumentation zu gewährleisten, dass auch Jahre später noch ersichtlich ist, welche Person die Angaben dokumentiert hat, damit ggf. eine Befragung erfolgen kann. Der Beklagte hat die entsprechende den Notruf aufnehmende Person jedoch nicht als Zeugen benannt. Der Zeuge XXXX hat erklärt, dass er gegenüber der Leitstelle von einem Asthmaanfall gesprochen habe, auch wenn er nicht mehr angeben konnte, was genau im Telefonat besprochen worden sei.

Der Sachverständige hat ferner in seiner ergänzenden Stellungnahme auf S. 6 ausgeführt, dass bei einem Asthma-Patienten, der selbst nicht sprechen kann und bei dem deshalb eine andere Person den Notruf absetzt, von einem schweren Asthmaanfall ausgegangen werden muss. Ein schwerer Asthmaanfall muss jedoch unstreitig einen Notarzteinsatz zur Folge haben. Zudem hat der Sachverständige unabhängig von dem angegebenen Code in der Anhörung (S. 13 des Sitzungsprotokolls) nachvollziehbar ausgeführt, dass die Trennung zwischen abnormer Atmung und Atembeschwerden unscharf ist. Deshalb hätte unabhängig von dem eingegebenen Code eine Überprüfung durch einen Notarzt erfolgen müssen. Der Sachverständige hat in der mündlichen Verhandlung angegeben, dass im Zweifel ein Notarzt geschickt werden müsse. Nur ergänzend wird ausgeführt, dass auch der MDK Gutachter MR Dr. med. Hans-Joachim XXXX in seinem Gutachten und seinen Ergänzungen (Anlagen 6 und 7) darauf hingewiesen hat, dass ein Notarzt hätte geschickt werden müssen.

Die Kammer konnte für die Entscheidung – unabhängig davon, dass schon nach den Eintragungen der Leitstelle nach den Feststellungen des Sachverständigen zwingend ein

Zur Verfügung gestellt von



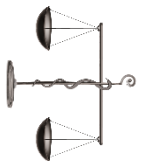
Guido C. Bischof
RECHTSANWALT
Fachanwalt für Medizinrecht

www.Anwalt-Bischof.de
www.NotSan-Anwalt.de

Notarzt hätte geschickt werden müssen - insoweit die Aussage des Zeugen XXXX zugrunde legen. Anhaltspunkte dafür, an der Glaubwürdigkeit des Zeugen oder der Glaubhaftigkeit seiner Aussage zu zweifeln, hatte die Kammer nicht. Zwar sind seit dem Vorfall fast neun Jahre vergangen und der Zeuge hat auch ausgesagt, dass er sich nicht mehr an alle Einzelheiten erinnern könne, so hat er insbesondere den zeitlichen Ablauf bezüglich der Ohnmacht und des Erbrechens nicht mehr zweifelsfrei schildern können. Dies führt jedoch nicht dazu, dass die Kammer dem Zeugen keinen Glauben dahingehend schenken kann, dass er gegenüber der Leitstelle einen Asthmaanfall angegeben hat. Er selbst hat diesen Begriff gewählt. Dass er sich insoweit zwar nicht mehr an den genauen Wortlaut und auch nicht mehr daran erinnert, welche konkreten Fragen ihm gestellt wurden, führt nicht dazu, dass auf die Aussage des Zeugen XXXX insgesamt nicht abgestellt werden kann. Es ist für die Kammer plausibel, dass sich der Zeuge XXXX noch an den Vorfall grundsätzlich erinnert, weil es für ihn ein sehr einschneidendes Erlebnis gewesen ist. Er muss gegenüber der Leitstelle auch den Begriff Asthma genannt haben, da in dem Protokoll von einem Asthmapatienten gesprochen wird. Dass dies wörtlich von dem Zeugen XXXX übernommen worden sein soll, ist für die Kammer nicht nachvollziehbar vor dem Hintergrund der Ausnahmesituation des Zeugen XXXX, in der dieser den Notruf getätigt hat. Es ist wahrscheinlicher, dass ein medizinischer Laie von einem Asthmaanfall spricht als von einem Asthmapatienten mit Atembeschwerden.

2. Durch die Amtspflichtverletzung ist dem Patienten nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme auch ein Schaden entstanden. Wenn die Leitstelle sofort einen Notarzt alarmiert hätte, wäre dieser zusammen mit den Rettungsassistenten vor Ort eingetroffen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme wären dann eine bessere Behandlung und ein geringerer Schaden bei dem Patienten mit der Notwendigkeit geringerer Behandlungen möglich gewesen. Die Möglichkeit des besseren Outcomes für den Patienten reicht vorliegend für eine Kausalität zwischen Pflichtverletzung und eingetretenem Schaden aus, da vorliegend eine Beweislastumkehr nach den Grundsätzen des groben Behandlungsfehlers eingreift.

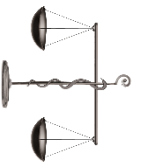
a) Es kann hierbei zu Gunsten des Beklagten unterstellt werden, dass der Patient entgegen der Aussagen der Zeugen XXXX und XXXX im Zeitpunkt des Eintreffens der Rettungssanitäter bereits erbrochen hatte, wofür die Aussage des Zeugen XXXX spricht. Der Sachverständige hat auf S. 22 des Gutachtens festgestellt, dass die Notärztin den Atemweg des Patienten unmittelbar hätte sichern und damit den Asthmaanfall sofort adäquat therapieren können, und hierzu in der mündlichen Verhandlung ausgeführt (S. 12 des Sitzungsprotokolls), dass die Notärztin bessere Möglichkeiten der Absaugung gehabt



hätte, sodass die Folgen der Aspiration jedenfalls abgemildert worden wären. Die Notwendigkeit der kardiopulmonalen Reanimation und das Ausmaß des eingetretenen Hirnschadens hätten möglicherweise limitiert werden können (S. 22 des Gutachtens).

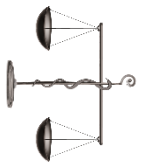
Der Sachverständige hat ferner in der mündlichen Verhandlung betont, dass auch bei der von den Rettungsassistenten angegebenen Sättigung von 46% das Behandlungsergebnis bei einer sofortigen Behandlung offen gewesen wäre, d.h. dass der Patient bei sofortiger Behandlung auch bei einer Sättigung von 46% die Chancen gehabt hätte zu überleben (S. 12 des Sitzungsprotokolls). Hiernach ist es nicht äußerst unwahrscheinlich, dass bei einer Ankunft der Notärztin zeitgleich mit den Rettungsassistenten das Outcome des Patienten besser gewesen wäre, insbesondere der Hirnschaden jedenfalls geringer hätte ausfallen können. Entsprechendes hat auch der Beklagte nicht behauptet und unter Beweis gestellt. Soweit er sich für den Geschehensablauf ab dem Zeitpunkt des Eintreffens der Notärztin bis zum Eintreffen in der Klinik auf die Vernehmung der Zeugin Dr. XXXX bezieht, war diesem Beweisantritt nicht nachzugehen, da die Notärztin keine Angaben zu dem Zustand des Patienten bei Eintreffen der Rettungssanitäter machen kann. Der Zustand des Patienten ab dem Zeitpunkt ihres eigenen Eintreffens ist jedoch für die Frage, ob die unterlassene sofortige Alarmierung des Notarztes einen kausalen Schaden jedenfalls mit verursacht hat, nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unerheblich. Die unmittelbare Alarmierung des Notarztwagens hätte nach den Feststellungen des Sachverständigen (S.22/23 des Gutachtens) die Chance gewahrt, die schwere, schließlich zum Herz-Kreislaufstillstand führende Hypoxie möglicherweise zu vermeiden. Die sofortige und umfassende notärztliche Behandlung hätte die folgende Ereigniskaskade mit den gravierenden Folgen möglicherweise abwenden können.

b) aa) Dass ein besserer Verlauf für den Patienten bei sofortiger Alarmierung der Notärztin möglich gewesen wäre, reicht im konkreten Fall für eine Haftung des Beklagten aus. Grundsätzlich muss zwar der Patient beweisen, dass der Fehler zu einem kausalen Schaden geführt hat, vorliegend greift jedoch zu Gunsten der Klägerinnen eine Beweislastumkehr nach den Grundsätzen eines groben Behandlungsfehlers. Im Bereich der ärztlichen Behandlung ist anerkannt (und für Behandlungen ab 26. Februar 2013 auch gesetzlich normiert), dass zugunsten des Patienten hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität Beweiserleichterungen bis hin zur Kausalitätsvermutung eingreifen, wenn ein grober Behandlungsfehler vorliegt. Diese Grundsätze sind bei dem Handeln der Leitstelle zwar grundsätzlich nicht direkt anwendbar, denn es sind dort keine Ärzte tätig. Allerdings kann allein der Umstand, dass es sich nicht um Ärzte handelt, der Annahme einer Beweislastumkehr nicht entgegenstehen, entscheidend ist vielmehr, dass es sich um ein im



eigentlichen Sinn medizinisches Vorgehen handelt (vgl. KG Urteil vom 19. Mai 2016 – 20 U 122/15 – Rn 26 -zitiert nach juris). Es steht einer Behandlung im medizinischen Sinn gleich, wenn es im Rahmen des Rettungsdienstes unterlassen worden war, einen Notarzt hinzuzuziehen (KG Urteil vom 19. Mai 2016 – 20 U 122/15 a.a.O., für Handlungen des Rettungsassistenten vor Ort). Insoweit macht es keinen Unterschied, ob die Entscheidung von Rettungsassistenten vor Ort oder durch die Leitstelle getroffen wird. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nach den Feststellungen des Sachverständigen die Entscheidung darüber, ob und ggf. welche Maßnahme erforderlich ist, einer ärztlichen Abklärung bedarf. Diese ist offenkundig allein vom Notarzt nicht aber von Rettungsassistenten, sei es in der Leitstelle oder bei dem Patienten vor Ort, zu beurteilen. Dann muss für die Entscheidung, ob ein Notarzt hinzugezogen wird, unabhängig davon, wer diese Entscheidung tatsächlich getroffen hat, der ärztliche Maßstab angewendet werden. Dies hat zur Folge, dass auch eine Beweislastumkehr nach den Grundsätzen eines groben Behandlungsfehlers in Betracht kommt.

bb) Die unterlassene sofortige Hinzuziehung der Notärztin ist vorliegend als grob einzuordnen. Bei unterlassener Hinzuziehung eines Notarztes in Kenntnis von jedenfalls akuten Atembeschwerden eines Asthmapatienten, bei einem Notruf durch eine andere Person und bei zumindest unklarer Beschwerdeintensität ist der Pflichtverstoß derart evident, dass die Gleichstellung mit einem groben Behandlungsfehler gerechtfertigt ist. Soweit der Beklagte meint, der Sachverständige verkenne bei seiner Beurteilung, dass in der Leitstelle gerade keine Notärzte die Entscheidung treffen, folgt dem die Kammer vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen nicht. Maßstab ist damit die Einschätzung eines Notarztes. Auch wenn keine Notärzte in den Leitstellen tätig sind, muss an die Beurteilung des dortigen Handelns der Maßstab ärztlichen Handelns greifen. Dies muss insbesondere aufgrund der drohenden Lebensgefahr für die jeweiligen Patienten gelten. Der Sachverständige hat in seiner Anhörung (S. 11 des Sitzungsprotokolls) angegeben, dass es auch im Jahr 2007 in der gegebenen Situation völlig unverständlich war, keinen Notarzt zu schicken. Dieser Wertung schließt sich die Kammer nach eigener Beurteilung im Hinblick auf die für den Patienten drohenden Schäden und den Sinn und Zweck des Notrufsystems an. Hierbei war auch zu beachten, dass ggf. notwendige Medikamente allein vom Notarzt verabreicht werden können. Dass ein Asthmapatient bei Atembeschwerden ggf. mit Medikamenten versorgt werden muss, ist als Kenntnis von Mitarbeitern der Leitstelle vorauszusetzen. Die Medikamente dürfen jedoch nur durch den Notarzt, nicht aber durch die Rettungssanitäter verabreicht werden. Aus diesem Grund ist es in der konkreten Situation bei einem Notruf durch einen Dritten

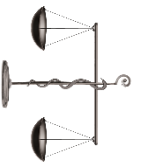


und den nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme der Leitstelle vorliegenden Informationen vollkommen unverständlich gewesen, keinen Notarzt zu schicken.

Der Entscheidung konnten die Ausführungen des Sachverständigen zugrunde gelegt werden. Die Ausführungen sind nachvollziehbar und widerspruchsfrei. Er ist als Anästhesist für die Beantwortung der relevanten Fragen kompetent. Die Tatsache, dass er in anderen Orten tätig war, spricht nicht gegen eine ausreichende Sachkunde. Der Indikationskatalog für den Notarzteinsatz gilt für das gesamte Bundesgebiet und ist als Maßstab heranzuziehen.

3. Die Ansprüche des Patienten bezüglich der Behandlungskosten sind gemäß § 116 SGBX auf die Klägerinnen zu 1) und 2) als dessen Kranken- und Pflegeversicherung übergegangen.

4. Die Ansprüche der Klägerinnen sind entgegen der Ansicht des Beklagten nicht verjährt. Die Verjährungsfrist beträgt gemäß § 195 BGB drei Jahre und beginnt gemäß § 199 Abs. 1 BGB mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Die Kenntnis haben die Klägerinnen erst im Jahr 2010 erlangt. Insoweit kommt es lediglich darauf an, dass die Mitarbeiter der Regressabteilung der Klägerinnen Kenntnis von einem Behandlungsfehler erlangt haben, nicht ausreichend ist es hingegen, dass die Leistungsabteilung der Klägerinnen hohe Zahlungen tätigen musste. Bei der Verfolgung von Regressansprüchen kommt es grundsätzlich auf die Kenntnis der Bediensteten der Regressabteilung an (BGH Urteil vom 9. März 2000 – III ZR 198/99 -NJW 2000, 1411, zitiert nach juris). Ein Verstoß gegen die Organisationspflicht kann unter Umständen als grobe Fahrlässigkeit anzusehen sein (Palandt BGB 73. Aufl. RdNr 25 zu § 199 m.w.N.). Erforderlich ist die Kenntnis der anspruchsbegründenden Tatsachen, dazu gehört bei einem Schadensersatzanspruch die Pflichtverletzung oder gleichstehende Handlung, der Eintritt des Schadens und die Kenntnis von der eigenen Schadensbetroffenheit (Palandt a.a.O. RdNr. 28 zu § 199 m.w.N.). Die Tatsache, dass ein Versicherungsnehmer schwer erkrankt ist und hohe Kosten durch die Kranken- und die Pflegeversicherung zu tragen sind, reicht nicht aus, um auf einen Behandlungsfehler und eine Regressmöglichkeit schließen zu können. Eine Kenntnis lag hier erst im Jahr 2010 vor. Erst durch den Anruf der Mutter des Patienten am 17. Mai 2010 wurde das Serviceteam Behandlungsfehler um Überprüfung der Vorgänge gebeten, das MDK-Gutachten datiert vom 8. November 2010. Bei ärztlichen Behandlungsfehlern beginnt die Verjährung für den Anspruch aus § 823 BGB erst dann,



wenn der Patient von solchen Tatsachen Kenntnis erlangt, aus denen sich für ihn als medizinischen Laien ergibt, dass der Arzt von dem üblichen medizinischen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach dem ärztlichen Standard erforderlich waren (BGH Urteil vom 31. Oktober 2000 – VI ZR 198/99 - NJW 2001, 885 zitiert nach juris). Das gleiche gilt für eine Haftung nach § 839 BGB für die Tätigkeit der Leitstelle. Soweit der Beklagte darauf abstellt, dass die Mutter des Patienten bereits am 19. November 2007 eine Schweigepflichtsentbindungserklärung abgegeben hat, ergibt sich hieraus für die Klägerinnen weder eine Kenntnis noch eine grob fahrlässige Unkenntnis von einem Behandlungsfehler zu Lasten des Patienten. Die Einverständniserklärung vom 19. November 2007 gab die Mutter des Patienten im Rahmen eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung ab. Anhaltspunkte dafür, dass ein Behandlungsfehler vorliegen könnte, ergeben sich aus diesem Antrag nicht. Dies wird auch von dem Beklagten nicht substantiiert vorgetragen. Die Schweigepflichtsentbindungserklärung und Einwilligung zur Herausgabe von Unterlagen gab die Mutter des Patienten erst am 20. Mai 2010 ab. Dass die Klägerinnen zuvor aufgrund grob fahrlässiger Unkenntnis keine Kenntnis gehabt haben, hat der Beklagte nicht ausreichend substantiiert vorgetragen und unter Beweis gestellt. Der Beklagte ist insoweit darlegungs- und beweisbelastet. Dass vor dem Jahr 2010 die Mutter des Patienten Kenntnis gehabt hat, trägt auch der Beklagte nicht vor. Wie dann ein Mitarbeiter der Regressabteilung der Klägerinnen vor Mai 2010 einen Verdacht auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers gehabt haben soll, ist nicht ersichtlich und wurde von dem Beklagten auch nicht vorgetragen.

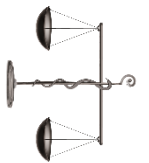
Hiernach begann die Verjährungsfrist mit Ablauf des 31. Dezember 2010. Sie endete mit Ablauf des 31. Dezember 2013. Die am 18. November 2013 eingegangene Klage hat die Verjährung gemäß § 203 Abs. 1 Nr. 1 BGB gehemmt. Zwar wurde die Klage nicht vor Ablauf des 31. Dezember 2013 dem Beklagten zugestellt, sondern erst am 7. Februar 2014. Diese Zustellung ist jedoch als demnächst im Sinn des § 167 ZPO anzusehen und wirkt deshalb auf den Zeitpunkt der Klageeinreichung zurück. Die Klägerinnen haben den Kostenvorschuss nach entsprechender Zahlungsaufforderung durch das Gericht unverzüglich i.S.d. § 167 ZPO eingezahlt.

III. Bezüglich der Höhe der Ansprüche der Klägerinnen ist eine weitere Beweisaufnahme erforderlich.

IV. Die Kostenentscheidung war der Schlussentscheidung vorzubehalten.

[Unterschriften]

Zur Verfügung gestellt von



Guido C. Bischof
RECHTSANWALT
Fachanwalt für Medizinrecht

www.Anwalt-Bischof.de
www.NotSan-Anwalt.de