

# **BGer U 135/06 vom 15. Dezember 2006**

Bundesgericht, 2006-12-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_U\\_135\\_06](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_U_135_06)

FR: TF U 135/06 du 15 décembre 2006

IT: TF U 135/06 del 15 dicembre 2006

## **Regeste**

Unfallversicherung | Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Vorinstanz legt folgende Rechtsgrundlagen zutreffend dar: zum Unfallbegriff ( Art. 6 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen, für die Beurteilung der Ereignisse vom 13. Juli 1998 massgeblichen Fassung), insbesondere auch zur Rechtsprechung bei der Beurteilung, ob eine medizinische Behandlung als Unfall gilt ( BGE 121 V 38 Erw. 1b, 118 V 284 Erw. 2b, je mit Hinweisen), sowie zum Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten ( BGE 125 V 351 Erw. 3). Darauf wird verwiesen.

### **E. 2.1**

Die Versicherte bringt zunächst vor, die Strenge der geltenden Praxis zum aussergewöhnlichen Faktor als Wesensmerkmal des Unfallbegriffs bewirke bei einem natürlichen Vorgang wie der Niederkunft einer gesunden Frau eine unangemessene Einschränkung der UVG-Deckung und verstosse gegen das Gleichbehandlungsgebot, weil das Risiko einer gesunden Frau bei der Niederkunft nicht vergleichbar sei mit jenem bei der Operation eines kranken Menschen. Die angewandte Praxis beziehe sich regelmässig auf die Abgrenzung von Krankheit und Unfall, nie aber auf die Behandlungsrisiken bei Geburten, welche das Risikoprofil von UVG-versicherten Frauen nicht unwesentlich mitprägten.

### **E. 2.2**

Jede Geburt ist mit Gefahren verbunden. Die Versicherte weist zutreffend darauf hin, dass eine gesunde Frau aber nicht damit rechnen muss, nach der Entbindung an einem schweren, bleibenden Gesundheitsschaden zu leiden. Bei der Beurteilung, ob eine medizinische Behandlung den Unfallbegriff erfüllt, ist indessen die mit dem ärztlichen Eingriff objektiv verbundene Gefahr massgeblich. Geburtshilfliche Massnahmen an gesunden Frauen sind in aller Regel mit geringeren Risiken verbunden als medizinische Eingriffe an kranken Patienten, weshalb der Unfallbegriff in Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung bei normalen Geburten (zu den sogenannten Risikogeburten vgl. Erw. 2.3 hienach) nur mit besonders grosser Zurückhaltung zu bejahen ist. Es besteht daher keine Veranlassung, an das Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit bei Geburten generell weniger strenge Anforderungen zu stellen als an die übrigen medizinischen Massnahmen. Im Übrigen gilt es zu beachten, dass nicht jeder Behandlungsfehler als Heilbehandlungsunfall zu qualifizieren ist (vgl. Franz J. Fischer, Ärztliche Behandlung und Behandlungsfehler im Rahmen des UVG, Vortrag gehalten am PKU-Seminar für UVG-Verantwortliche vom 13./14. Oktober 1997).

### **E. 2.3**

Der Sorgfaltsmassstab bei einer als normal zu erwartenden Spontangeburt ist - worauf die Versicherte an sich zu Recht hinweist - ein anderer als bei einer (voraussehbaren) Risikoentbindung. Entgegen ihren Ausführungen bedeutet aber die Belastung der Anamnese einzig mit einer vorangegangenen Schnittentbindung bei einer ansonsten gesunden Frau jedenfalls bei Abwesenheit zusätzlicher Risikofaktoren für die Mutter (oder das Kind) nicht ohne weiteres das Vorliegen besonderer Risiken, welche sich bei der Prüfung des Unfallbegriffes auswirken. Dass in der medizinischen Fachliteratur der Begriff "Risikoschwangerschaft" sowie folglich auch derjenige der "Risikogeburt" sehr weit gehandhabt (hieszu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, Stuttgart/New York 2004, S. 1590) und gemeinhin - unbesehen der konkreten Umstände - jede Geburt nach einer Schnittentbindung als risikoreich eingestuft wird, führt zu keinem anderen Schluss. Denn die Ungewöhnlichkeit als wesentliches Begriffsmerkmal des Unfalles ist mit Blick auf die konkreten Umstände im Einzelfall in Verbindung mit den objektiven Risiken einer medizinischen Massnahme zu beurteilen und kann nicht nach einer schematischen Einteilung erfolgen. Dass sich bei einer normalen Ausgangslage, welche einen problemlosen Geburtsvorgang annehmen lässt, die generelle Annahme eines besonderen Risikos verbietet, bedeutet keine Ungleichbehandlung.

### **E. 2.4**

Wenn die diensthabenden Medizinalpersonen im Wissen darum, dass die Versicherte ein erstes Kind im Jahre 1992 mittels Kaiserschnitt (sowie ein zweites im Jahre 1993 auf natürlichem Weg) geboren hatte, bei der Geburt des dritten Kindes am 13. Juli 1998 nicht von vornherein eine Schnittentbindung durchführten, wichen sie damit jedenfalls nicht ganz erheblich vom medizinischen Standard ab (vgl. Susanne Bollinger Hammerle, Die vertragliche Haftung des Arztes für Schäden bei der Geburt, Diss. Luzern 2004, S. 19 FN 71 mit Hinweis auf Jaisle, Schnittentbindung in den Akten der Justiz, eine Hilfe für Ärzte und Juristen zur Bewertung von Geburtskomplikationen, Stuttgart etc. 1995, S. 44 f.), weshalb insoweit kein unfallversicherungsrechtlich relevanter grober Behandlungsfehler vorliegt.

### **E. 3.1**

Die Vorinstanz erwog im Wesentlichen gestützt auf die Einschätzungen des Prof. Dr. med. A.\_\_\_\_\_, die Modalitäten der operativen Plazentaentfernung seien nicht un- bzw. aussergewöhnlich gewesen. Selbst wenn bezüglich des Blutverlustes auf die Berechnung des Dr. med. M.\_\_\_\_\_ abgestellt werde, fehle es an einer erheblichen Abweichung vom medizinisch Üblichen, weshalb der Unfallbegriff nicht erfüllt sei. Dagegen wendet die Versicherte ein, es liege eine Mehrzahl gravierender ärztlicher Fehlleistungen vor, die jede für sich das Merkmal der Aussergewöhnlichkeit erfüllten. Zum einen hätten die Ärzte den Blutverlust unterschätzt und nicht ausreichend sowie schnell genug therapiert. Zum anderen sei die Dosis der verabreichten Medikamente nicht dem verminderten Blutvolumen angepasst worden. Als Folge des mehrfach vorschriftswidrig applizierten vasokonstriktiven Medikamentencocktails habe sie einen Hirnschlag erlitten.

### **E. 3.2**

In den Akten finden sich keine Hinweise auf einen vermehrten Blutverlust bei der Geburt des Kindes oder während der Phase der Plazentaretention (Austrittsbericht des Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Kantonales Spital X.\_\_\_\_\_, vom 31. August 1998). Dass 15 bis 25

Minuten nach der Geburt des Kindes die Indikation zur manuellen Plazentalösung gestellt wurde (vgl. Gutachten des Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 28. April 2004), war nicht auf eine starke Blutung der Versicherten, sondern darauf zurückzuführen, dass die konservativen Mittel ausgeschöpft waren (so blieb etwa das mehrmals versuchte Herausreissen der Plazenta durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erfolglos; vgl. hierzu auch die Ausführungen der Versicherten in der Verantwortlichkeitsklage vom 17. November 2003, S. 9). Hingegen ist dem Verlaufsbericht vom 13. Juli 1998 zu entnehmen, dass die Versicherte im Rahmen der operativen (manuellen) Plazentalösung einen massiven Blutverlust von etwa 1000 ml erlitt. Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, die Versicherte habe insgesamt (d.h. während der Geburt des Kindes, der Plazentaretention und der manuellen Plazentalösung) eine Blutmenge von 1000-1500 ml bzw. 1200-1800 ml verloren (Gutachten vom 28. April 2004, Zusatzbericht vom 27. September 2004). Demgegenüber errechnete Dr. med. M. \_\_\_\_\_ einen markant höheren Blutverlust von total zirka 3000 ml (Gutachten vom 3. August 2004), wobei hämodynamisch wirksam ein solcher von über 2000 ml gewesen sei (Stellungnahme vom 20. Oktober 2004). Beide Gutachter stimmen indessen darin überein, dass es retrospektiv sehr schwierig, wenn nicht praktisch ausgeschlossen ist, den Blutverlust exakt zu ermitteln.

### **E. 3.3**

Soweit die Versicherte auch im letztinstanzlichen Verfahren rügt, sie sei zum Geburtsvorgang (inklusive postpartaler Phase bis zur Narkose) nicht befragt worden, ist ihr - entgegen den vorinstanzlichen Erwägungen - insoweit zu folgen, als entsprechende Angaben in der Tat relevant sein können. Denn der umstrittene präoperative Blutverlust als mögliche im Verbund mit den verabreichten Medikamenten negativ wirkende Ursache ist durchaus rechtserheblich für die Beurteilung ihrer Ansprüche. Indessen kann in antizipierter Beweiswürdigung ausgeschlossen werden, dass die Befragung der Beschwerdeführerin verwertbare Angaben über die Menge des bis zur Narkose verlorenen Blutes an den Tag brächte. Ein solches Unterfangen ist schon deshalb nicht beweistauglich, weil es sich um eine Wassergeburt handelte und im Wasser bereits wenig Blut imponierend wirkt.

### **E. 3.4.1**

Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ äusserte sich eingehend zur Problematik des erlittenen Blutverlustes. Zunächst konnte ein von der Versicherten als Ursache des als ganz massiv empfundenen Blutverlustes während der Geburt des Kindes und in der anschliessenden Plazentaperiode vermuteter Uterusriss weder klinisch noch durch sonographische Untersuchung und Nachtastung festgestellt werden (vgl. Gutachten des Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 28. April 2004). Gestützt auf die echtzeitlichen Aufzeichnungen über den Gesundheitszustand der Versicherten und nach Einholen neurologischer, klinisch-pharmakologischer sowie anästhesiologischer Konsilien legte Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 28. April 2004 (wie auch in Zusatzberichten vom 18. Mai und 27. September 2004) im Einzelnen dar, dass die Beschwerdeführerin zwar zeitweilig Anzeichen eines kompensierten Volumenmangels, indessen nie die klinischen Zeichen eines Blutverlustes in der Grössenordnung der Hälfte des Blutvolumens aufwies, wie dies Dr. med. M. \_\_\_\_\_ ausführte (Gutachten vom 3. August 2004). Zur Therapie des Blutverlustes erklärte Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_, der bis zum Beginn der Narkose erfolgte Blutverlust habe nachweislich keinen Einfluss auf die Kreislaufparameter gehabt. Der etwa eine Stunde lang dauernde Blutdruckabfall habe sich nach adäquater Therapie fast normalisiert und in der Folge seien keine Symptome einer Hypovolämie aufgetreten.

Bluttransfusionen seien zu jenem Zeitpunkt absolut nicht indiziert gewesen. Die Versicherte habe den Blutverlust gut toleriert, was einerseits auf die Anpassungsgabe einer jungen gesunden Frau und andererseits auf die adäquate Infusionstherapie zurückzuführen sei.

#### **E. 3.4.2**

Demgegenüber basieren die Einschätzungen des Dr. med. M. \_\_\_\_\_ auf Berechnungen, welchen ausschliesslich allgemeine (statistische) Angaben zu Grunde liegen und die somit die Besonderheiten des konkreten Falles ausser Acht lassen. Die daraus abgeleiteten Schlüsse des Dr. med. M. \_\_\_\_\_ sind umso weniger einleuchtend, als er selbst - insoweit übereinstimmend mit Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ - davon ausgeht, dass die klinische Symptomatik wichtige Hinweise auf einen Volumenmangel zu geben vermag (Erwiderung vom 20. Oktober 2004). Auch sind seine Beurteilungen nicht ohne Widersprüche. Im Gutachten vom 3. August 2004 gab er (auch diesbezüglich im Einklang mit Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_) an, der Schockindex sei während der Anästhesie grenzwertig gewesen; am Nachmittag des 13. Juli 1998 hätten die dokumentierten Kreislaufparameter keinen positiven Schockindex, indessen fast durchgehend eine Tachykardie mit mehr als 100 Schlägen pro Minute gezeigt, was für einen eben noch kompensierten Volumenmangel spreche. Auch hätten die typischen Folgen eines Volumenmangels, d.h. Organmanifestationen ausserhalb des zentralen Nervensystems, gefehlt und in den im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt durchgeführten Untersuchungen hätten relevante Verengungen im Bereich der hirnversorgenden Arterien ausgeschlossen werden können. Demgegenüber erklärte er am 20. Oktober 2004, angesichts der arteriellen Mitteldrücke von unter 60 mmHg sei es nicht mehr statthaft, von einem kompensierten Volumenmangel zu sprechen.

#### **E. 3.4.3**

Unter Berücksichtigung, dass die Einschätzungen des Dr. med. M. \_\_\_\_\_ nicht ganz widerspruchsfrei und darüber hinaus auf Teilaspekte fokussiert sind, während die Ausführungen des Administrativgutachters Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ den medizinischen Hintergrund umfassend ausleuchten, auf Besprechungen mit zahlreichen Fachärzten beruhen sowie einleuchtend und nachvollziehbar begründet - da auf den sich bei den Akten befindlichen Aufzeichnungen der Vitalparameter beruhend - sind, hat die Vorinstanz (in deren Spruchkörper im Übrigen in der Person von Dr. med. O. \_\_\_\_\_, FMH für Anästhesiologie, ein Facharzt mitwirkte) zu Recht auf Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ abgestellt. Ausgehend von dessen Einschätzungen kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass den Ärzten bei der Einschätzung und der Therapie des Blutverlustes Fehler unterlaufen sind, die so erheblich vom medizinisch Üblichen abwichen, dass der Unfallbegriff erfüllt wäre. Diese Beurteilung wird auch von den Dres. med. B. \_\_\_\_\_, FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, (Stellungnahme vom 1. Dezember 2001) und S. \_\_\_\_\_ (im undatierten Gutachten zur Pathophysiologie) gestützt.

#### **E. 3.5**

Es braucht nicht geklärt zu werden, ob und allenfalls welche Bedeutung dem Leitfaden des Universitätsspitals Zürich zur Plazentaretention für die Beurteilung des ärztlichen Vorgehens im konkreten Fall zukommt. Das ärztliche Prozedere in der Nachgeburtsperiode, die insofern pathologisch verlief, als sich eine Plazentaretention einstellte, wich jedenfalls selbst nach dem erwähnten Leitfaden nicht ganz erheblich vom medizinisch Üblichen ab.

Darin wird (in Ziff. 6.9.1) festgehalten, dass 30 Minuten nach der Geburt ein aktives Vorgehen mit einer Syntocinongabe, Entleerung der Harnblase, Eisbeutel auf Uterus und Ansetzen des Kindes einsetzen soll. Bei Erfolglosigkeit dieser Massnahmen soll das Blut aus der Nabelschnur abgelassen werden, danach wiederum Syntocinon (i.v.; Infusion) verabreicht und bei Erfolglosigkeit der sog. Credé-Versuch unternommen werden. Nach einer Stunde habe die manuelle Plazentalösung zu erfolgen. Bei Plazentaretention mit verstärkter Blutung (Ziff. 6.9.1.1) - an einer solchen fehlte es indessen im Falle der Versicherten (Erw. 3.2 hievor; Austrittsbericht des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 31. August 1998) - ist unverzüglich eine manuelle Lösung angezeigt. Aus dem Partogramm geht hervor, dass nach der Geburt des Kindes (12.25 Uhr) um 12.27, 12.50 und 13.10 Uhr je 5 Einheiten Syntocinon ("Synto") verabreicht wurden. Nachdem die Plazentaretention manifest wurde, entschlossen sich die Ärzte nach Ausschöpfung aller konservativen Massnahmen 15 bis 25 Minuten postpartal zur manuellen Plazentalösung, welche (bei erschwelter Lösung und Verbleiben von Plazentarrückständen) mit einer massiven Blutung einherging. Damit erfolgte der operative Eingriff zum einen fachgerecht nach Ausschöpfung der konservativen Massnahmen und zum anderen zeitgerecht. Ein grober Behandlungsfehler, wie er vorliegend einzig relevant ist, fällt auch diesbezüglich ausser Betracht.

#### **E. 4.1**

Übereinstimmend geben die Gutachter A. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ an, die aufgetretenen Hirninfarkte seien durch Anämie und Volumenmangel nicht hinreichend zu erklären bzw. der Schlaganfall sei keine "zwangsläufige Folge" der postpartalen Blutung. Nach Einschätzung des Dr. med. M. \_\_\_\_\_ ist der Schlaganfall - nebst dem Blutverlust - indessen auf folgende Abweichungen vom medizinischen Standard zurückzuführen: (1) Verabreichung von Methergin bei manifester Hypovolämie, (2) doppelte Maximaldosis Methergin intravenös verabreicht, (3) Gabe von Methergin zusätzlich zu einem weiteren Vasopressor. Zu prüfen ist, ob in der Dosierung oder der Kombination der verabreichten Medikamente ein grober Behandlungsfehler liegt, der den Unfallbegriff (ausnahmsweise) erfüllt.

#### **E. 4.2**

Eine falsche Medikamentierung, namentlich wenn es sich um eine grobe und ausserordentliche Verwechslung handelt, kann unter bestimmten Voraussetzungen so ungewöhnlich sein, dass sie den Unfallbegriff erfüllt. So hatte das Bundesgericht das Einspritzen eines falschen Kontrastmittels in zu starker Dosis zu diagnostischen Zwecken, welche zum Tod des Patienten führte, als Unfall angesehen ( BGE 85 II 344 ). Es erwog, die erfolgte Einspritzung liege völlig ausserhalb der einem Spitalaufenthalt normalerweise inhärenten Risiken. Der Versicherte habe sich einer sachgemäss durchzuführenden Myelographie unterziehen wollen und sei bereit gewesen, die damit verbundenen normalen Risiken auf sich zu nehmen. Er sei aber keinesfalls gewillt gewesen, auch die Folgen der Verwendung eines falschen Mittels in zu hoher Dosis, das in dieser Anwendung nicht nur speziell für ihn, sondern für jeden Patienten tödliche Gefahren in sich berge, in Kauf zu nehmen. Der Zweck des Eingriffs, nämlich die Diagnose einer allfälligen, keinesfalls lebensgefährlichen Diskushernie, habe ihn keinesfalls zum Eingehen eines so hohen Risikos genötigt ( BGE 85 II 347 Erw. 1a).

#### **E. 4.3**

Dr. med. M. \_\_\_\_\_ führte aus, die in der Situation des knappen Volumenstatus intravenös verabreichte Methergindosis von 1ml = 0,2 mg entspreche der doppelten Menge, die laut Herstelleranweisung langsam intravenös injiziert werden dürfe. Das Risiko gefährlicher Nebenwirkungen steige, wenn andere vasoaktive Substanzen wie Ephedrin verabreicht würden, wie dies in casu geschehen sei. In der Situation eines intravasalen Volumenmangels mit zur physiologischen Kompensation enggestellten Widerstandsgefässen sei diese Nebenwirkung umso mehr zu erwarten. Demgegenüber stellte sich Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ auf den Standpunkt, die verabreichten Medikamente und Infusionen hätten hinsichtlich Art, Indikation, Dosierung und Kombination international anerkannten Gewohnheiten bzw. Standards entsprochen. Wie die Schweizerische Arzneimittel-Nebenwirkungszentrale (SANZ) erklärte, wurde ihr eine Durchblutungsstörung des Gehirns durch Methergin bis dato nie gemeldet und war eine solche auch in der Fachliteratur nicht bekannt (Kurzkommentar der SANZ vom 4. Mai 1999; vgl. auch [undatiertes] pathophysiologisches Gutachten der Frau Dr. med. S. \_\_\_\_\_ sowie neurologisches Fachgutachten der Frau Dr. med. T. \_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2002 ["Schlaganfälle unter Ergotalkaloiden werden in der mir zur Verfügung stehenden Literatur nicht beschrieben"]). Die der Versicherten verabreichte Dosis entsprach der in der Produkteinformation angegebenen Höchst-Dosierung (0,5-1ml = 0,1-0,2 mg). Angesichts dessen, dass der Blutverlust mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im Ausmass des von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ errechneten lag (Erw. 3.4.3 hievor), kann in der Dosierung des Methergin jedenfalls kein grober Behandlungsfehler gesehen werden, welcher derart schwer wiegt, dass er den Unfallbegriff erfüllen würde.

#### **E. 4.4**

Zu prüfen ist, ob in der verabreichten Medikamentenkombination, insbesondere angesichts der bekannten Interaktionen von Methergin mit anderen vasokonstriktorisches Mitteln (wie sie auch in der Produkteinformation zu Methergin aufgeführt ist und daher den Ärzten bekannt sein musste), eine gravierende Abweichung vom ärztlichen Standard zu sehen ist. Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ führte hiezu aus, eine Interaktion mit schweren gesundheitlichen Folgen sei zwischen Methergin und Ephedrin bekannt. Die gleichzeitige Anwendung dieser Medikamente könne bei vorhandenem hohem Blutdruck zu einer Gehirnblutung führen. Bei der Beschwerdeführerin habe jedoch eher ein tiefer Blutdruck (Hypotonie) vorgelegen und die Schädigung des Gehirns sei auch nicht auf eine Blutung, sondern auf einen Durchblutungsstopp zurückzuführen. Ohne dass geprüft werden müsste, ob der Hirninfarkt überhaupt auf die verabreichten Medikamente zurück geführt werden kann (wobei Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit Dr. med. U. \_\_\_\_\_, Radiodiagnostik FMH, angab, der MRI-Befund vom 16. Juli 1998 spreche für einen arteriellen Territorialinfarkt und gegen einen hämodynamisch bedingten Infarkt durch Abfall des Perfusionsdruckes bzw. wonach die Läsionen vereinbar sind mit subakuten ischämischen Infarkten und keine Zeichen einer Einblutung feststellbar waren; Schreiben vom 16. Juli 1998), war die Kombination der Medikamente Methergin und Ephedrin zwar, wie sich im Nachhinein zeigte, wegen der Gefahr überschüssiger vasokonstriktorisches/vasopressorischer Wirkung (vgl. Schreiben der Novartis Pharma Schweiz AG, Bern, vom 4. Juni 1999) nicht unproblematisch. Sie beruhte indessen weder auf einer (groben und ausserordentlichen) Verwechslung, noch wich sie ganz massiv vom ärztlichen Standard ab. Dass die Kombination der beiden Medikamente Methergin und Ephedrin bei rückblickender Betrachtung gewisse Risiken beinhaltete, führt zu keinem andern Schluss. Denn zum einen ist für die Beurteilung das Vorgehen der Ärzte in der

konkreten Behandlungssituation und nicht ein Betrachtung "ex post" unter Berücksichtigung auch der menschlichen Tragik des Falles entscheidend ( BGE 120 Ib 413 ff. Erw. 4a und 4c/aa); zum anderen stellten weder Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_ noch Frau Dr. med. S. \_\_\_\_\_ noch Frau Dr. med. T. \_\_\_\_\_ fest, die Kombination der Medikamente stelle einen groben Behandlungsfehler dar. Auch die Gutachterin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte den Gesundheitsschaden nicht auf die Medikation zurück.

#### **E. 5**

Es ist somit nicht rechtsgenügend erstellt, dass im Rahmen der Plazentaretention in Abweichung vom medizinischen Standard Fehler begangen worden waren, die als grob qualifiziert werden müssen. Nach den überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. med. A. \_\_\_\_\_, auf welche abzustellen ist (Erw. 3.4.3 hievor), können sowohl der Blutverlust als auch die passagere Hypertonie und die verwendeten Medikamente mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als Ursachen für den Hirnschlag ausgeschlossen werden. Indessen könnte nur ein ausserordentlich hoher Blutverlust zusammen mit eindeutig falscher Medikation zur Bejahung des aussergewöhnlichen Faktors führen. Beides ist nach Lage der Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Ob die Ärzte Behandlungsfehler begangen haben, die unterhalb der (hohen) Schwelle des Unfallbegriffs liegen, braucht hier nicht entschieden zu werden. Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.